

II CONGRESO ARGENTINO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

10 de Noviembre de 2016

Sede: Academia Nacional de Medicina

**Formulario para solicitud de beca**

 (Financiada por el Ministerio de Salud de la Nación)

(Completar y enviar a congresocalidad@gmail.com )

Apellido y Nombre: ... ...........................................................................................................................

Lugar de trabajo:.....................................................................................................................................

Dirección: .......................................................................................................................................

Ciudad: .........................................................................................................................................

Provincia: .....................................................CP ........................ País: ………………………….

Domicilio particular.......................................................................................................................

Tel: ....................................... Fax .................... E-mail:.............................................................

Profesión ……………………………………………Antigüedad………………………………..

Especialidad o área de Experiencia ……………………………………………….…………….

Si es estudiante indicar Carrera e Institución educativa………………………………………..

**Socio de AMA**

**❑ SI ❑ NO**

**Socio de CETESALUD**

**❑ SI ❑ NO**

**Desea hacerse socio?**

**❑ SI ❑ NO**

Qué temas le interesaría que se aborden en los próximos congresos:

Firma: (puede agregar firma digital o firmar, imprimir en PDF o escanear y enviar por e-mail)

Se le confirmará por la misma vía el otorgamiento de la beca.