

**PREMIO NACIONAL DE SALUD, A.C.**

A quien corresponda

Por medio de la presente inscripción solicito participar en el concurso para ser ganador del Premio Nacional de Salud en la CATEGORÍA que a continuación señalo:

- I. A las actividades realizadas a favor de la niñez
- II. A la persona
- III. A la Organización No Gubernamental
- IV. A la Empresa
- V. Al Sector Público

A continuación describo la actividad o proyecto con el que concursaré:

- I. DESCRIPCIÓN
- II. ALCANCE
- III. BENEFICIOS
- IV. IMPACTO
- V. INNOVACIÓN

**Nota:**

**Los elementos anteriormente citados deben ser enviados mediante Resumen Ejecutivo no mayor a 5 cuartillas con fotografías, tablas, según sea el caso, en formato PDF, letra Arial #12, interlineado de 1.0, al correo [comite@premionacionaldesalud.org](mailto:comite@premionacionaldesalud.org)**

Nombre completo:

Cargo en la institución u organización:

Dirección:

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Redes Sociales:

Firma: