

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2022

PREMIO NACIONAL DE SALUD

A quien corresponda

Por medio de la presente solicito participar en el Premio Nacional de Salud 2022 en la categoría de (marcar con x):

- PERSONA
- ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL
- SECTOR PRIVADO
- SECTOR PÚBLICO

Nombre completo del participante:

Cargo en la institución u organización:

Nombre de la persona que recibirá el Premio en su nombre:

Contacto:

Celular:

Correo electrónico:

Redes Sociales:

Nombre y Firma:

Anexar un Resumen Ejecutivo con la descripción del proyecto incluyendo el BENEFICIO, el IMPACTO y la INNOVACIÓN en el área de salud a favor de la sociedad mexicana. Documento no mayor a 5 cuartillas con imágenes, tablas (según sea el caso) en formato PDF, letra Arial #12, interlineado de 1.0, al correo comite@premionacionaldesalud.org

-----o-----