



DIVULGAR Y PROMOVER

PREMIO NACIONAL DE SALUD A.C.
A quien corresponda

Por medio del presente escrito autorizo a los organizadores del Reconocimiento “EXCELENCIA MÉDICA” a PUBLICAR, PROMOCIONAR Y DIFUNDIR el nombre del Proyecto y/o Investigación, el nombre de las personas PARTICIPANTES, el resumen Ejecutivo de la acción o actividad a resaltar y/o los aspectos más relevantes en las memorias del Reconocimiento.

Asimismo, manifiesto que en mi participación, no tengo conflictos de intereses, no mantengo ningún problema legal con ninguna autoridad o instancia pública o privada, así como no existen elementos que se contrapongan o puedan restar credibilidad al Reconocimiento que pretendo obtener, ni por la autoría del Proyecto o Investigación con el que estoy participando.

Nombre Completo:

Centro de Investigación, Universidad u Organización a la que pertenece:

Cargo en la Institución u Organización:

Dirección:

Telefono:

Correo electrónico:

Firma: