

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

Considero que debo ser designado ganador del Premio Nacional de Salud 2019 por las siguientes actividades:

- A. DESCRIPCIÓN
- B. ALCANCE
- C. BENEFICIOS
- D. IMPACTO
- E. 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.

Nombre completo:

Cargo en la institución u organización:

Dirección:

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Redes Sociales:

Firma: