



INSCRIPCIÓN

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 por los siguientes elementos:

- A. DESCRIPCIÓN del actividad:*
- B. ALCANCE de la actividad:*
- C. BENEFICIOS del actividad:*
- D. IMPACTO en la sociedad:*
- E. INNOVACIÓN de la actividad:*

nombre completo:

cargo en la institución u organización:

dirección:

teléfono:

celular:

correo electrónico:

Redes Sociales:

Firma: