BECAS

Calidad Asistencial en Cáncer de Próstata

RELACIÓN DEL EQUIPO DEL PROYECTO

ACRÓNIMO DEL PROYECTO:

FIRMA DE CONFORMIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE DEL PROYECTO:			**D.N.I.:**		**FECHA DE NACIMIENTO:**	
TITULACIÓN:			**GRADO ACADÉMICO:**			
CENTRO:		**CLASE EMPLEO:**		**PERFIL PROFESIONAL:**		
EMAIL:						

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR

- **TITULACIÓN:** Señalar la titulación académica junto con la especialización. En caso de disponer de varias, elegir la que esté más relacionada con el proyecto.
- **GRADO ACADÉMICO:** Señalar el grado máximo alcanzado a nivel académico. L = Licenciatura o diplomatura / D = Doctorado / M = Máster.
- **CENTRO:** Indicar el nombre del organismo, centro y unidad en la que presta los servicios el representante o colaborador del proyecto.
- **CLASE DE EMPLEO:** J = Jefe de servicio o sección / A = Adjunto / R = Residente / O = Otros tipos.
- **PERFIL PROFESIONAL:** Indicar las opciones que correspondan al perfil profesional del representante o colaborador del proyecto. S = Miembro de una Sociedad Médica de su área terapéutica / PN = Ponente congresos regionales o nacionales / PI = Ponente en congresos internacionales / G = Participación en guías de práctica clínica de su área terapéutica / EC = Investigador en estudios clínicos / I = Investigador/colaborador en otros proyectos de investigación no EC / S = Profesor en seminarios o cursos de su área terapéutica / U = Profesor universitario.

Es imprescindible que cada persona que formará del equipo del proyecto estampe su firma de conformidad, como expresión del compromiso adquirido.

BAYER

ORION PHARMA

BECAS

Calidad Asistencial en Cáncer de Próstata

ACRÓNIMO DEL PROYECTO:

FIRMA DE CONFORMIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLABORADOR 1:			D.N.I.:		FECHA DE NACIMIENTO:	
TITULACIÓN:			GRADO ACADÉMICO:			
CENTRO:		CLASE EMPLEO:		PERFIL PROFESIONAL:		
EMAIL:						

FIRMA DE CONFORMIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLABORADOR 2:			D.N.I.:		FECHA DE NACIMIENTO:	
TITULACIÓN:			GRADO ACADÉMICO:			
CENTRO:		CLASE EMPLEO:		PERFIL PROFESIONAL:		
EMAIL:						

En caso de necesidad, este espacio puede ampliarse añadiendo hojas **pág.2bis**

BAYER

ORION PHARMA

BECAS

Calidad Asistencial en Cáncer de Próstata

ACRÓNIMO DEL PROYECTO:

FIRMA DE CONFORMIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLABORADOR 3:			D.N.I.:		FECHA DE NACIMIENTO:	
TITULACIÓN:			GRADO ACADÉMICO:			
CENTRO:		CLASE EMPLEO:		PERFIL PROFESIONAL:		
EMAIL:						

FIRMA DE CONFORMIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLABORADOR 4:			D.N.I.:		FECHA DE NACIMIENTO:	
TITULACIÓN:			GRADO ACADÉMICO:			
CENTRO:		CLASE EMPLEO:		PERFIL PROFESIONAL:		
EMAIL:						

En caso de necesidad, este espacio puede ampliarse añadiendo hojas **pág.3bis**

BAYER

ORION PHARMA