



Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial

Programa de Becas Anuales de Estímulo a la Investigación en Hipertensión Arterial

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA DE BECAS ESTÍMULO

Datos del solicitante

(Completar en letra de imprenta)

Apellidos:				
Nombres:				
Fecha de Nacimiento:/...../.....	Lugar:	DNI N°:	Nacionalidad:	Estado Civil:
Domicilio:		N°:	Piso:	Dto:
Localidad:		C.P.:	Provincia:	
Teléfono particular:		Celular:		
Teléfono laboral:		E-mail:		
Profesión:				
Título expedido por:		Año:		
1° especialidad:		Año:		
2° especialidad:		Año:		
Maestrías:		Año:		
Doctorado:		Año:		
Lugar de trabajo:				

SOCIEDAD ARGENTINA DE HIPERTENSION ARTERIAL



Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DATOS DEL PROYECTO

Área de Investigación: (Marcar solo una casilla)

Investigación Básica	<input type="checkbox"/>	Investigación Clínica	<input type="checkbox"/>	Epidemiología	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Tema:

Lugar de realización:

Equipo de trabajo: *(si corresponde)*:

NOTA: Los postulantes deberán adjuntar una descripción del proyecto de investigación destacando los objetivos del mismo, material y métodos a emplear, las etapas y el tiempo estimado para su desarrollo. El postulante será considerado como Investigador Responsable y será responsable ante el desarrollo del proyecto, la presentación de los informes de avance y final, y la rendición de gastos. La firma de la presente solicitud es indicativa de que el postulante conoce y acepta los términos del Reglamento para el otorgamiento de las Becas Estímulo elaborado por la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA). Este formulario se deberá entregar vía mail o personalmente en la Secretaría Permanente de SAHA.

Firma: Aclaración:

SOCIEDAD ARGENTINA DE HIPERTENSION ARTERIAL