



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 Nº:	Nacionalidad:	Estado Civil:
Domicilio:		Nº:	Piso:	Dto:
Localidad:		C.P.:	Provincia:	
Teléfono particular:		Celular:		
Teléfono laboral:		E-mail:		
Profesión:				
Título expedido por:		Año:		
1º especialidad:		Año:		
2º 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

Investigación Clínica

Epidemiología

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.

En el caso de equipos de trabajo, los postulantes serán considerados como investigadores principales y responsable del proyecto.

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 personalmente o por correo postal en la Secretaría Permanente de SAHA.

Firma:

Aclaración:

SOCIEDAD ARGENTINA DE HIPERTENSION ARTERIAL