

IMPRESO PARA LA SOLICITUD DE BECAS DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (SMICV) (*)

Este documento debe imprimirse, rellenarse y enviarse posteriormente por correo electrónico (CC: secretariatecnica@smicv.org, secretari@smicv.org, president@smicv.org) y por **correo postal a la siguiente dirección:**

Dr. Óscar Torregrosa Suau
Servicio de Medicina Interna
Hospital General Universitario de Elche
Camí de L'Amazara,11
03203 Elche
Alicante

Datos

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F.: _____

Domicilio particular: _____

Ciudad: _____ C.P. _____ Tfno: _____

Dirección profesional (indique el cargo, servicio y hospital)

Hospital:

Servicio: **Servicio de Medicina Interna**

Dirección: _____

Ciudad: _____ C.P. _____

Tfno: _____ Fax: _____

E-mail: _____



Secretaría Técnica

S & H Medical Science Service

C/ Espronceda, 27 Entrepantana

28003 Madrid

Telf. 91 5357183 Fax. 91 554 41 14

secretariatecnica@smicv.org

Especialidad Médica: **Medicina Interna** Titulación académica:

Si es Residente. Año de Residencia:

Datos bancarios del solicitante:

IBAN: Entidad: Oficina: Dígito de Control:

Nº de cuenta:

Dirección postal:


Fecha y firma:

CREYENDO CUMPLIR LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA CONVOCATORIA, SOLICITA LA CONCESIÓN DE LA BECA DE INVESTIGACION DE LA SMICV

Se acompaña la presente solicitud de la documentación siguiente:

1. Informe del director del centro haciendo constar que es Médico Internista que tiene autorización para poder realizar el trabajo de investigación.
2. Informe favorable de la Comisión de Investigación del Centro.
3. Curriculum vitae.
4. Proyecto de investigación.
5. Declaración de no ayudas

(*) Para optar a estas ayudas el solicitante debe ser socio de SMICV y estar al corriente del pago de las cuotas.

 <p><small>Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana</small></p>	<p>SOLICITUD DE BECA DE INVESTIGACION DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA</p>
<p>A MEMORIA CIENTIFICO-TÉCNICA</p>	
<p>INVESTIGADOR RESPONSABLE DEL PROYECTO INVESTIGADORES COLABORADORES: .</p>	
<p>TÍTULO DEL PROYECTO</p>	
<p>Memoria científico-técnica y presupuesto del proyecto de investigación para toda la duración del proyecto, distribuido por anualidades.</p> <p>1- INTRODUCCIÓN</p> <p>2- JUSTIFICACIÓN</p> <p>3- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .</p> <p>4- DISEÑO</p> <p>5- MATERIAL Y MÉTODOS</p> <p>6- PLAZOS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN DURACION Y FASES PREVISTAS Duración estimada del estudio:</p> <p>7- PRESUPUESTO €</p>	



Secretaría Técnica

S & H Medical Science Service

C/ Espronceda, 27 Entrepant

28003 Madrid

Tel. 91 5357183 Fax. 91 554 41 14

secretariatecnica@smicv.org

DECLARACIÓN

Declaro que no se dispone de otras ayudas para la realización de este proyecto.

8- BIBLIOGRAFÍA

Valencia a _____ de noviembre de 2015

Investigador responsable del proyecto

Firma: