

Premio Nacional de Salud A.C.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2023

CATEGORÍAS	Marcar con x
PERSONA	<input type="checkbox"/>
ORGANIZACIÓN CIVIL	<input type="checkbox"/>
EMPRESA	<input type="checkbox"/>
SECTOR PÚBLICO	<input type="checkbox"/>

FECHA:

Nombre completo del participante (según categoría):	
Nombre de quien registra:	
Cargo en la institución u organización:	
Celular y teléfonos:	
Correo electrónico:	
Redes Sociales:	

En caso de resultar GANADOR, autorizo para que reciba el PNS2023 a:

Nombre completo:	
Cargo en la institución u organización:	
Celular y teléfonos:	
Correo electrónico:	
Redes Sociales:	

En caso de resultar ganador autorizo la difusión del proyecto concursante: SI NO

Nombre y firma

Anexar un Resumen Ejecutivo en documento no mayor a 5 cuartillas con imágenes, tablas (según sea el caso) en formato PDF, letra Arial #12, interlineado de 1.0, al correo presidencia@premionacionaldesalud.org

**COMMUNITY
TALK2023**

Premio Nacional de Salud, A.C.

Arquímedes 130 piso 5 oficinas A Plaza Cenit del Miguel Hidalgo Polanco V sección CP 11560
www.premionacionaldesalud.org
comite@premionacionaldesalud.org
tel: (55) 8094 - 9979

COMMUNITY TALK2023