

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2024

Categorías	Marcar
Desarrollo de Terapias para Enfermedades Raras	<input type="checkbox"/>
Investigación Preclínica y Desarrollo Experimental	<input type="checkbox"/>
Desarrollo de Dispositivos Médicos	<input type="checkbox"/>
Avances en Medicina Personalizada	<input type="checkbox"/>
Innovación en Formulación y Tecnología Farmacéutica	<input type="checkbox"/>
Avances en Terapias Biotecnológicas	<input type="checkbox"/>
Impacto en Salud Mental y Neurociencias	<input type="checkbox"/>
Colaboración Internacional en Desarrollo Farmacéutico	<input type="checkbox"/>

Nombre completo del participante:	
Nombre de quien registra:	
Cargo en la institución u organización:	
Celular y teléfonos:	
Correo electrónico:	
Redes Sociales:	
En caso de resultar ganador autorizo la difusión del proyecto concursante:	

Nombre y firma