Asociación Panameña de
Nutrición Clínica y Metabolismo

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

1. Nombre de la Actividad *(Indicar si se han realizado versiones previas de la misma actividad):*
2. Fecha de Inicio:
2. Fecha de Terminación:
4. Entidad Proveedora: Dirección: Teléfono: Email:
5. Responsable de la Actividad:
6. Otros Miembros del Comité Organizador (si los hay):
7. Sede de la Actividad:
8. Total de Horas de Actividad Educativa: Horas Presenciales: Horas no Presenciales:
9. Número y Perfil de los Participantes *(Señale el número máximo posible de participantes que serán admitidos y requisitos para participar, si los hubier*e):
9. Justificación y Objetivos *(Señale por qué se realiza y lo que se pretende conseguir con la actividad)*
10. Nombre de los Conferencistas/Profesores *(Anexar aparte breve resumen de hoja de vida de cada uno)*
11. Liste el nombre de los Patrocinadores *(Firme aparte la Declaración sobre Potenciales Conflictos de Interés):*
12. Cuota de Inscripción por Tipo de Participante:
13. Fecha de Recibido del Formulario y Documentos Anexos completos:
14. Firma y Cédula del Responsable:

A este formulario debe anexarse el programa completo de la actividad (incluye cronograma de eventos, estrategias educativas, recursos didácticos, sistema de control de asistencia y evaluación), resumen de hoja de vida de conferencistas y Declaración sobre Potenciales Conflictos de Interés.