**1er Simposio en Ciencias de la Salud AMCIC**

*Investigación clínica: de la factibilidad de los estudios clínicos al beneficio terapéutico*

**26, 27 y 28 de marzo del 2020**

Auditorio Médica Sur

Puente de Piedra 29 Col. Toriello Guerra

Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México

**FORMATO DE INSCRIPCIÓN**

**SIMPOSIO/TALLERES**

**FECHA DE REGISTRO:** Click here to enter a date.

**Instrucciones**

Llenar cada casilla con los datos completos, recuerde que como esté escrito su nombre aparecerá en su constancia de asistencia. En las casillas de selección solo requiere dar click en la casilla o casillas que aplican. Es importante llenar un formato por persona.

1. **Nombre Completo**
   1. Apellido Paterno: Click here to enter text.
   2. Apellido Materno: Click here to enter text.
   3. Nombre (s): Click here to enter text.
2. **Miembro de la Comunidad:**

AMCIC – Incluir nombre y firma del director en este formato de la UIC- AMCIC

Médica Sur – Credencial o constancia (enviar copia)

Estudiante – Credencial de estudiante vigente (enviar copia)

ACROM – Constancia de laborar en CRO – ACROM

IMSS – Credencial oficial vigente (enviar copia)

ISSSTE- Credencial oficial vigente (enviar copia)

Institutos Nacionales de Salud, Hospitales de alta especialidad, Hospitales del Sector Público

Credencial oficial vigente (enviar copia)

Profesionales en general

ASCRIPCIÓN A:

Centro de Investigación Clínica

Comité de ética en investigación/ Comité de Investigación

Industria farmacéutica

CRO´s

Universidad

Institución de salud público

Institución de salud privado

Institución de Gobierno

Otro: Click here to enter text.

1. Profesión: Click here to enter text.

(Si es estudiante dejar casilla en blanco)

1. Estudiante de: Click here to enter text.
2. Institución/empresa a la que pertenece o estudia en: Click here to enter text.
3. Posición: Click here to enter text.

(Si es estudiante dejar casilla en blanco)

1. En que semestre o año escolar se encuentra: Click here to enter text.
2. Correo electrónico: Click here to enter text.
3. Número de Teléfono: Click here to enter text.
4. **Inscripción a:**

Simposio

Taller (elegir el taller o dos talleres (uno matutino y uno vespertino)

**Talleres Turno Matutino (elegir uno). Horario: 08:30 a 12:30 h (4 horas)**

Buenas Prácticas Clínicas, temas selectos

Asuntos regulatorios en investigación clínica, del concepto a su aplicación

**Talleres Turno Vespertino (elegir uno). Horario: 13:00 a 17:00 (4 horas)**

Sistema de Gestión de Calidad para Centros de Investigación Clínica, desde los conceptos básicos a su implementación y seguimiento

El profesional de la salud como emprendedor de un Centro de Investigación Clínica: planeación estratégica, del FODA al tablero de control

1. **¿Cómo se enteró del evento?**

Redes sociales AMCIC

Redes sociales Médica Sur

Invitación por correo electrónico

Por algún colega

Otro Click here to enter text.

# **Datos de Facturación/Recibo**

Nombre Persona Física/ Persona Moral:

Click here to enter text.

RFC: Click here to enter text.

Dirección Fiscal: Click here to enter text.

Forma de pago: Click here to enter text.

Método de pago: Click here to enter text.

4 últimos dígitos de la cuenta de pago: Click here to enter text.

Uso de CDFI: (por ejemplo gastos en general): Click here to enter text.

Correo electrónico para envío de factura: Click here to enter text.

**COMENTARIOS**: Click here to enter text.

# Cualquier duda comunicarse o enviar correo:

**Correo:** [amcic.profesionalizacion@outlook.com](mailto:amcic.profesionalizacion@outlook.com)

**Teléfono:** 5543517965 Vanesa Martínez

5515678607 Cyntia Suárez

5537345007 Dora Carranza

**Vanessa Martínez**

**Cynthia Suarez**

Tesoreras

Asociación Mexicana de Centros de Investigación Clínica A.C.