



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
Facultad de Ciencias Médicas
Comisión de Investigación



Formato II

NOMBRE DEL PROYECTO _____

PARTICIPANTES POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CARRERA	TELÉFONO	TIPO DE PARTICIPACIÓN	FIRMA

PARTICIPANTES POR OTRAS INSTITUCIONES

NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN	TIPO DE PARTICIPACIÓN	FIRMA

Nombre de quien entrega: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de quien recibe: _____ Fecha: _____