



**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: \_\_\_\_\_