FORMULARIO INSTITUCIONAL

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PATROCINIO / AUSPICIO INSTITUCIONAL

Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Chile (ASOCIMED)

Indicaciones: complete todos los campos aplicables, marque las alternativas con una X y adjunte los antecedentes requeridos.

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN

¿ES SOCIEDAD MIEMBRO DE ASOCIMED?

☐ Sí ☐ No

RUT DE LA INSTITUCIÓN (SI APLICA)

DIRECCIÓN COMERCIAL / INSTITUCIONAL

NOMBRE DEL COORDINADOR / RESPONSABLE

CARGO DEL RESPONSABLE

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO

TELÉFONO DE CONTACTO

2 INFORMACIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD

NOMBRE OFICIAL DEL EVENTO

TIPO DE ACTIVIDAD

☐ Congreso ☐ Curso ☐ Jornada

☐ Simposio ☐ Seminario ☐ Otro: _____

MODALIDAD

☐ Presencial ☐ Online (streaming) ☐ Híbrido

LUGAR DE REALIZACIÓN (O PLATAFORMA)

FECHA DE INICIO (DD/MM/AAAA)

FECHA DE TÉRMINO (DD/MM/AAAA)

HORAS PEDAGÓGICAS / ACADÉMICAS TOTALES

PÚBLICO OBJETIVO

☐ Médicos especialistas ☐ Médicos generales ☐ Becados / residentes

☐ Estudiantes de medicina ☐ Otros profesionales de la salud

3 FINANCIAMIENTO Y TRANSPARENCIA (CONTROL DE CONFLICTO DE INTERESES)

¿LA ACTIVIDAD TIENE COSTO DE INSCRIPCIÓN?

☐ Sí ☐ No

ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO (MARQUE TODAS LAS OPCIONES APLICABLES)

☐ Autofinanciado (inscripciones)

☐ Fondos públicos / universitarios

☐ Aporte de la industria farmacéutica / dispositivos médicos

¿Los conferencistas explicitarán declaración de conflicto de intereses para sus ponencias?	☐ Sí ☐ No

4 BENEFICIOS EXCLUSIVOS PARA SOCIOS ASOCIMED

Indique el beneficio concreto que se otorgará a los miembros de las Sociedades Científicas integrantes de ASOCIMED (Art. 7.º del Reglamento).

☐ **Descuento en inscripción:** Arancel diferenciado de un _____ % de descuento.

☐ **Becas de asistencia:** Cantidad de cupos liberados / becas 100%: _____ cupos.

☐ **Otro beneficio:** _____

5 CHECKLIST DE DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ADJUNTAR

Marque con una X los documentos anexados a esta solicitud:

☐ **Programa académico definitivo:** Con horarios, temas y nombres de los expositores.

☐ **Nómina de expositores invitados:**

☐ **Declaración jurada simple de ética:** Documento firmado que garantiza la ausencia de sesgo comercial en las charlas.

☐ **Muestra de material gráfico:** Boceto del afiche, banner o página web donde se pretende incluir el logo de ASOCIMED.

6 DECLARACIÓN JURADA Y FIRMA

Declaración jurada: al firmar este formulario, el solicitante declara bajo juramento que toda la información entregada es verídica, que la actividad cumple con los fines científicos y docentes de ASOCIMED, y que se compromete a respetar fielmente el Reglamento de Auspicios y Patrocinios de la institución.

FIRMA DEL COORDINADOR / RESPONSABLE DE LA SOLICITUD

FECHA DE ENVÍO (DD/MM/AAAA)