

FORMULARIO BECA DE INVESTIGACIÓN “PATIENT VALUE” EN EPILEPSIA UCB-SEEP 2021

A)

1. Datos del proyecto

Título:

Nombre del Investigador

Principal (IP):

Nº de Socio de la SEEP:

Institución donde se va a
realizar el proyecto:

Firma Investigador Principal

Firma Responsable de la Institución

Fecha

2. Resumen Introducción y Planteamiento

[Empty text box for section 2]

3. Objetivos

[Empty text box for section 3]

4. Métodos

[Empty text box for section 4]

5. Equipo Investigador

[Empty text box for section 5]

B) CV Abreviado del IP (ADJUNTAR)