



**ANEXO I.**  
**IMPRESO PARA LA SOLICITUD Beca SEIMC Martín Luengo**

**DATOS PERSONALES**

Nombre y Apellidos:

Fecha y Lugar de Nacimiento:

NIF:

Dirección particular:

Localidad:

Provincia:

CP:

Teléfono:

Email:

**DATOS PROFESIONALES**

Hospital:

Servicio:

Dirección profesional:

Localidad:

Provincia:

CP:

Teléfono:

Email:

Especialidad Médica:

Titulación académica:

**Título del proyecto a realizar durante la estancia:**

**Persona de contacto y dirección completa del centro de referencia:**

**Duración de la estancia (en meses):**

**Fecha de incorporación:**

**DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE:**

Código IBAN:

Creyendo cumplir los requisitos establecidos por las normas en vigor de la Sociedad, solicita la concesión de una Beca SEIMC en la convocatoria de 2015

**Para optar a estas becas el solicitante debe ser socio de SEIMC con una antigüedad mínima de dos años y no debe haber recibido ninguna Ayuda o Beca SEIMC en el último año.**