

ANEXO I

Solicitud persona física*

*Concurre a la convocatoria a título individual y no en representación de una entidad pública o privada. El importe del premio podrá ser pagado únicamente a la persona que se presenta a la convocatoria mediante este documento.

Modelo de formulario para la solicitud de los Premios “Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos”, Edición IV, correspondientes al año 2024.

A. Datos del solicitante.

Nombre:

Apellidos:

DNI/pasaporte:

Dirección:

Código postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono/móvil:

Correo electrónico:

B. Modalidad del premio a la que se concurre –marcar con una X–.

Premio PRAN a la mejor iniciativa en vigilancia y control del consumo de antibióticos y de sus resistencias en el ámbito de la salud humana	<input type="checkbox"/>
Premio PRAN a la mejor iniciativa en vigilancia y control del consumo de antibióticos y de sus resistencias en el ámbito de la sanidad animal	<input type="checkbox"/>
Premio PRAN a la mejor iniciativa de investigación de la resistencia a los antibióticos	<input type="checkbox"/>
Premio PRAN a la mejor publicación científica sobre resistencia a los antibióticos	<input type="checkbox"/>

Premio PRAN a la mejor iniciativa de formación e información a los profesionales sanitarios sobre la resistencia a los antibióticos	
Premio PRAN a la mejor iniciativa de comunicación y sensibilización de la población sobre la resistencia a los antibióticos	
Premio PRAN a la mejor iniciativa para la prevención de infecciones en salud humana: seguridad del paciente	
Premio PRAN a la mejor iniciativa para la prevención de infecciones en sanidad animal	
Premio PRAN a la mejor iniciativa frente a la resistencia a los antibióticos en el ámbito del medioambiente	

C. Documentación aportada –marcar con una X–.

Acreditación de la representación	
Memoria justificativa	
Acreditación del requisito del artículo 4.2 de las Bases	
Acreditación cumplimiento obligaciones tributarias y Seguridad Social	
Otros documentos	

D. Comunicaciones por medios electrónicos

Mediante la aceptación de esta cláusula autorizo a que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios se comunique conmigo en relación con esta convocatoria a través de medios electrónicos o telemáticos.

Fecha y firma

(Nombre y apellidos del que firma)

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios - Calle Campezo 1, edificio 8, 28022, Madrid.