

ANEXO I

Solicitud persona jurídica*

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

*El importe del premio será pagado a la organización que presenta la candidatura, no a la persona que desarrolla el proyecto.

A. Datos del solicitante (persona que ha desarrollado el proyecto)

Nombre:

Apellidos:

DNI/pasaporte:

Dirección:

Código postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono/móvil:

Correo electrónico:

B. Datos del representante legal de la organización:

Nombre:

Apellidos:

DNI/pasaporte:

Dirección:

Código postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono/móvil:

Correo electrónico:

C. 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	
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	
Premio PRAN a la mejor iniciativa de investigación de la resistencia a los antibióticos	
Premio PRAN a la mejor publicación científica sobre resistencia a los antibióticos	
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	

D. 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	

E. Comunicaciones por medios electrónicos

☐ Mediante la aceptación de esta cláusula autorizo a que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios se comunice 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.