

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

SOLICITUD DE COLABORACIÓN CIENTÍFICA

Servicio solicitante.....

Dr.....e mail:.....

Título del trabajo:.....

.....

Autor principal:..... email.....

Patólogo/MIR responsable/s.....

email:.....

Tipo de trabajo: (seleccionar con una x):

Publicación Comunicación Poster Investigación Beca Tesis

Sesión clínica Otros:.....

Ámbito: (Seleccionar con una X)

Hospital/local Provincial Regional Nacional Internacional

Otros:.....

Colaboración solicitada: (Seleccionar con una x):

Descripción de caso-s Fotografías/iconografía Bibliografía

Revisión casuística Otros:.....

Fecha de petición:.....de.....de 20

Fecha requerida de entrega (mínimo 15 días):..... de..... de 20

Comentarios:.....
.....

CÓRDOBA a de.....de 20

Tutor Residentes Anatomía Patológica

Tutor Residentes Servicio solicitante
