

## Dossier de candidatura a cumplimentar (adjuntos aparte)

### 1. Título de la iniciativa

### 2. Delegado que le visita

### 3. Promotores de la iniciativa

*\*En posesión de la especialidad de dermatología*

#### Nombre de los responsables:

<b>Doctor</b>	
Nº de Colegiado	D.N.I.
Dirección	
Teléfono	
Correo electrónico	

<b>Doctor</b>	
Nº de Colegiado	D.N.I.
Dirección	
Teléfono	
Correo electrónico	

<b>Doctor</b>	
Nº de Colegiado	D.N.I.
Dirección	
Teléfono	
Correo electrónico	

<b>Doctor</b>	
Nº de Colegiado	D.N.I.
Dirección	
Teléfono	
Correo electrónico	

### 4. Presentación de la iniciativa

¿Cuál es su objetivo principal?

Describe en unas líneas la naturaleza de su proyecto y su contexto:

---

---

---

¿Cuáles son sus motivaciones para realizar este proyecto?

---

---

---

Indique la/s población/poblaciones objetivo de su acción:

---

---

---

¿En qué aspectos puede calificarse su acción de innovadora?

---

---

---

## 5. Desarrollo del proyecto

¿Quiénes son sus principales socios implicados en este proyecto (institucionales, administrativos, técnicos, financieros...)?

---

---

---

Describa algunas acciones concretas que desearía llevar a cabo en el marco del proyecto (su naturaleza, los participantes involucrados, las poblaciones objetivo y los medios utilizados):

---

---

---

¿Cuáles serían los plazos de desarrollo / puesta en marcha de su proyecto?

---

---

---

Descripción del plan de financiación de su proyecto

---

---

---

## 6. Beneficios para el paciente

¿Qué beneficio le aportarán al paciente dichas acciones, en términos de acceso a los tratamientos, bienestar, autoestima, seguimiento del tratamiento e integración social?

---

---

---

---

---

---

7. Cada dossier deberá remitirse por duplicado a la atención de Isabel Castillejo, Directora de Relaciones Médicas de La ROCHE-POSAY, por correo a la siguiente dirección: L'Oréal España S.A. c/Josefa Valcarcel 48. 28027. Madrid - España; con acuse de recibo, antes de la fecha límite: 30 de septiembre de 2016.

## 8. Aceptación de los estatutos

Yo, el abajo firmante, declaro haber leído y aceptado las condiciones de los estatutos "Dermato du coeur" adjuntos al presente.

Leído y aprobado.

Firma

