**Interfaz de usuario gráfica, Aplicación

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.**

**Concurso 50º Aniversario**

**Formulario de Inscripción**

Por favor, complete el siguiente formulario para postular su proyecto al concurso

**“Premio a la Mejor Solución Digital Innovadora Médica”**

Los campos marcados con **\*** son obligatorios.

**ENVIAR FORMULARIO COMPLETO POR MAIL:** [**FUNDACION@ROEMMERS.COM.AR**](mailto:FUNDACION@ROEMMERS.COM.AR)

1. **Nombre completo del postulante (o responsable del equipo) \*:**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **Especialidad médica del postulante o médico del equipo:**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **Nombre del equipo (si corresponde):**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **Integrantes del equipo (nombre, rol, especialidad):**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **Nombre de la aplicación o proyecto \*:**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **Estado actual del proyecto \*:**

Elija un elemento.

1. **Función principal de la herramienta \*:**

Otra (especificar)

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **Breve descripción del proyecto (máx. 1000 caracteres) \*:**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **Plataforma(s) previstas:**

Elija un elemento.

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **¿Su herramienta está siendo utilizada actualmente por médicos o pacientes?**

Elija un elemento.

1. **¿Tiene publicaciones o evidencia clínica asociada?**

Elija un elemento.

1. **Enlace a video o demo (si aplica):**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **Email de contacto \*:**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **Teléfono de contacto:**

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

1. **Declaración de originalidad \*:**

Declaro que este proyecto es original y de mi autoría / del equipo que represento.

**Firma del postulante:**

**Fecha:**  Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.