



SEUP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA

DOCUMENTO SOLICITUD DE AVAL DE LA SEUP PARA APLICACIONES/DISPOSITIVOS

Descripción aplicación-dispositivo	
-------------------------------------------	--

Directores, responsables	Nombre	Puesto de trabajo	Breve curriculum

Empresa que ha desarrollado el dispositivo-aplicación	Nombre	
	CIF	
	Calle/Plaza/Nº	
	Población	
	Teléfono	
	E-mail	

Utilidad, finalidad del dispositivo- aplicación	
--------------------------------------------------------	--

Personas para las que puedes ser útil las aplicación-dispositivo	
-------------------------------------------------------------------------	--

Características de la aplicación –dispositivo (1)	
----------------------------------------------------------	--

(1) Deberá facilitarse una clave o un modo de acceso al dispositivo para que pueda ser valorado adecuadamente

Personas que han desarrollado la aplicación-dispositivo	Nombre	Puesto de trabajo	Breve curriculum

Financiación	Patrocinadores externos <i>Entidad, cantidad patrocinada</i>	
	Precio de venta (1)	

(1) En el caso de que proceda