Formulario BECA DE INVESTIGACIÓN “PATIENT VALUE” EN EPILEPSIA UCB-SEEP 2023

# A)

# Datos del proyecto

|  |  |
| --- | --- |
| Título: |  |
| Nombre del Investigador  Principal (IP): |  |
| Nº de Socio de la SEEP: |  |
| Institución donde se va a  realizar el proyecto: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma Investigador Principal |  | Firma Responsable de la Institución |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Fecha |

# Resumen Introducción y Planteamiento

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Objetivos

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Métodos

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Equipo Investigador

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# B) CV Abreviado del IP (ADJUNTAR)