

## FORMULARIO BECA DE INVESTIGACIÓN “PATIENT VALUE” EN EPILEPSIA UCB-SEEP 2019

---

**A)**

### 1. 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

## **2. Resumen Introducción y Planteamiento**

## **3. Objetivos**

## **4. Métodos**

## **5. Equipo Investigador**

## **B) CV Abreviado del IP (ADJUNTAR)**