

Instituto Lilly

Formato Único de Inscripción a las Convocatorias Programas de Apoyo a Residentes

AÑO DE RESIDENCIA QUE ESTÁ CURSANDO: _____

ESPECIALIDAD DE RESIDENCIA (favor de marcar con una X).

ONCOLOGÍA

PSIQUIATRÍA _____

UROLOGÍA _____

-Médica _____

PAIDO-PSIQUIATRÍA _____

CARDIOLOGÍA _____

-Quirúrgica _____

ALTA ESPECIALIDAD _____

OTRA _____

-Gineco Oncología _____

-Radio Oncología _____

ENDOCRINOLOGÍA _____

- MEDICINA INTERNA _____

NOMBRE COMPLETO:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

TELEFONO LOCAL Y CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

TÍTULO DE TESIS:

AUTOR(ES) DE TESIS:

Favor de enviar este formato debidamente lleno junto con los documentos solicitados en la Convocatoria a: instituto_lilly@lilly.com

AVISO SOBRE USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Este cuestionario requiere que usted provea a Eli Lilly y Compañía de México, S.A. de C.V. (Eli Lilly) cierta información de carácter personal, como puede ser su nombre y/o datos de contacto, es por esto que le informamos que este cuestionario será conservado por Eli Lilly acorde con la las Leyes aplicables en materia de protección de datos y nuestra Política de Privacidad de la Información vigente, asimismo que el acceso a su información estará protegido y sólo podrá ser revisada por empleados de Eli Lilly que se encuentren facultados para ello.

Eli Lilly sólo usara su información personal para los fines que usted nos autorice con la aceptación de la presente cláusula, por lo cual se garantiza que su información no será compartida con terceros a menos que exista una orden emitida por autoridad competente que nos requiera revelar sus datos personales.

Si desea que eliminemos o modifiquemos su información personal, por favor contacte a la Dirección de *Compliance* de Eli Lilly y Compañía de México.

Acepto compartir con Eli Lilly mis datos personales con la finalidad de _____, por lo cual estampo mi firma al calce mostrando mi conformidad con el procesamiento de mi información tal y como se describe en el presente documento.

Eli Lilly y Compañía de México
Barranca del Muerto #329
San José Insurgentes - Benito Juárez
03900 México, D.F.

Fecha

Nombre y Firma de conformidad.