

TÍTULO/NOMBRE DEL PROYECTO

INFORMACIÓN PERSONAL (líder del proyecto)

Nombre y apellidos:

DNI:

Correo electrónico:

Dirección postal:

(calle y número, código postal,
ciudad, provincia)

ENTIDAD/ES COLABORADORA/S

Nombre y apellidos:

NIF:

Correo electrónico:

Persona de contacto y cargo:

Descripción de la entidad:

(asociación, sociedad médica, otros)

Dirección postal de la sede:

(calle y número, código postal,
ciudad, provincia)

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

OBJETIVO DEL PROYECTO

CONTRIBUCIÓN DEL PROYECTO A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

EQUIPO / PERSONAS IMPLICADAS (NÚMERO Y PERFIL PROFESIONAL)

COSTES ESTIMADOS Y DISTRIBUCIÓN DE PARTIDAS

LUGAR DE IMPLEMENTACIÓN (HOSPITAL, DOMICILIOS, ASOCIACIÓN DE PACIENTES, ENTORNO DIGITAL, APP O WEB, ETC.)