**FORMULARIO SOLICITUD NÚMERO DE CONVENIO**

**Nombre Investigador Responsable:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Rut:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Email:** Haga clic aquí para escribir texto. **Teléfono:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Nombre Profesional Coordinador:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Rut:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Email:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Giro:** (Sólo para FONDECYT) Haga clic aquí para escribir texto.

**Dirección:** (Sólo FONDECYT) Haga clic aquí para escribir texto.

**Nombre y email Enlace Escuela:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Glosa:** *No completar (es completado por el Analista o Coordinador Departamental)*

**Fecha de Término:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Prestaciones:**

*Copiar el listado de prestaciones y sus códigos*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicio RedSalud** | **Prestación** | **Código RedSalud** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |