#### Comité de Sociedades Nacionales de la IOF

Formulario de solicitud de afiliación para las universidades

**MIEMBRO ALIADO**

Disponible para organizaciones, instituciones y universidades que no trabajen exclusivamente en el marco de la osteoporosis y las fracturas, que no tengan estatutos ni estén registradas sin ánimo de lucro. No se aplican cuotas anuales a esta categoría de miembros.

Responda a todas las preguntas y adjunte los documentos de apoyo solicitados.

Por favor, escriba a máquina o con letra de imprenta y envíe el formulario por vía electrónica a la oficina central de la IOF **(**[**lorelei.demullier@osteoporosis.foundation**](mailto:lorelei.demullier@osteoporosis.foundation)**)**

Gracias

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DE LA UNIVERSIDAD | IMPRIMA O ESCRIBA SU RESPUESTA AQUI | |
| NOMBRE COMPLETO DE LA UNIVERSDAD (o departamento) *en inglés* |  | |
| DEPARTMENTO |  | |
| CATEGORÍA DE LA UNIVERSIDAD | Privada  Pública | |
| PAÍS |  | |
| DIRECCIÓN POSTAL  *(A dOnde debe enviarse la correspondencia)* |  | |
| NÚMERO DE TELÉFONO Y FAX  *(incluya el código de país)* | Tel.: | |
| Fax: | |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL DEPARTAMENTO *(obligatorio)* |  | |
| PÁGINA WEB |  | |
| REDES SOCIALES | FACEBOOK  TWITTER  LINKEDIN | |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO | | |
| Persona(s) de contacto *(Nombre, cargo y correo electrónico)* |  | |
| Decano de la universidad *(Nombre y correo electrónico)* |  | |
| REPRESENTANTE ANTE IOF  *(Es la persona a la que debe dirigirse la correspondencia de la IOF y que participará en las reuniones del CNS de la IOF.)* | Nombre completo:  Correo electrónico: | |
| Estructura organizativa | Centro de investigación  Escuela de medicina  Departamento dentro de la universidad | |
| Número de estudiantes en su departamento |  | |
| Áreas de interés | Osteoporosis  Enfermedades óseas  Nutrición  Calcio  Vitamina D  Enfermedades raras  Geriatría  Reumatología | Endocrinología  Ginecología  Ortogeriatría  Medicina interna  Economía de la salud  Atención primaria  Diabetes  Fisioterapia  Enfermería  Rehabilitación  Ortopedia  Salud de la mujer  Otro *(especifique)*  ……………………………………………………… |
| Año de fundación: |  | |
| CURSO / PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN | | |
| Detalles de su(s) programa(s) de curso y/o de su(s) programa(s) de investigación relacionados con la salud ósea |  | |
| ACTIVIDADES PRINCIPALES | | |
| Educación | | |
| Describa brevemente sus actividades principales |  | |
| ¿Desea recibir más información sobre los recursos educativos y las capacitaciones de la IOF? | Si  No | |
| Investigación | | |
| Describa brevemente sus actividades principales |  | |
| **Concientización** | | |
| ¿Organiza actividades de concientización en su campus? | Si  No  En caso afirmativo, proporcione detalles sobre el tipo de actividades de sensibilización organizadas: …………………………………………. | |

Nombre de la persona que complete este formulario:

Correo electrónico:

Firma: ………………………………… Fecha :

**Por favor, remita por vía electrónica a la Oficina Central de la IOF (correo electrónico :** [lorelei.demullier@osteoporosis.foundation](mailto:lorelei.demullier@osteoporosis.foundation))

IOF HQ Office, 9 rue Juste-Olivier, CH - 1260 Nyon, Switzerland,

Fax: +41 22 994 01 01, Tel: +41 22 994 0100, Email: [info@iosteoporosis.foundation](mailto:info@iosteoporosis.foundation)