#### 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****)**

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[ ] NoEn 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)

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