

APROBACIÓN DE DERECHOS DE AUTORES

59 Congreso Mexicano de Medicina de la Reproducción

TITULO DEL TRABAJO:

--

NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR:

--

LOS AUTORES CERTIFICAN QUE SE TRATA DE UN TRABAJO ORIGINAL, QUE NO HA SIDO PREVIAMENTE PUBLICADO NI PRESENTADO EN OTROS CONGRESOS, REUNIONES O ACTIVIDADES SIMILARES. MANIFIESTAN QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES CON OTRAS INSTANCIAS PÚBLICAS O PRIVADAS.

AUTOR:

Nombre:

Firma

COAUTORES:

COAUTOR 1:

Nombre:

Firma

COAUTOR 2:

Nombre:

Firma

COAUTOR 3:

Nombre:

Firma

COAUTOR 4:

Nombre:

Firma

COAUTOR 5:

Nombre:

Firma

VISTO BUENO DE AUTORIZACION DE LA INSTITUCION DONDE SE REALIZO EL TRABAJO:

Nombre de la Institución:

Nombre del responsable:

Firma del responsable

Lugar:

Fecha: