

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIO, ORADORES Y PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA

Nombre	Teléfono durante el día (      )
Organización / Dependencia / Especialidad	
Horario de participación	
Fecha de contacto inicial	Correo electrónico
Copia de la carta adjunta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

- Hoja de respuesta recibida y copia adjunta
- Currículum vitae recibido
- Distribución al proveedor del formulario de evaluación de la organización o dependencia (al momento de llegada)
- Entrega del formulario de evaluación de la organización o dependencia (al final de la Feria de Salud)
- Envío de la nota de agradecimiento

**Equipo / suministros / espacio que se necesita:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Notas:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_