

Anexo c.2_Conformidad con la realización del estudio * EPA/PI

D./Dña.:

en calidad de**:

del Servicio:

del Centro:

HACE CONSTAR

- Que conoce y acepta la realización del estudio:
 - Título del estudio:
 - Código del estudio:
 - Investigador:
 - Servicio del Investigador:
 - Centro:
- Que teniendo en cuenta la naturaleza del estudio, este centro cuenta con los recursos humanos, equipamientos e instalaciones necesarios para llevar a cabo este estudio, sin que ello interfiera en la realización de otras tareas que habitualmente tiene encomendadas.
- Que reconoce la colaboración de los siguientes servicios, habiendo sido éstos informados sobre su implicación en el estudio y habiendo expresado su conformidad*** al respecto (indicar los servicios implicados y cuando no haya ninguno indicar “No”)

Firma (cargo):

En _____, a _____ de _____ de _____

* En los casos en los que el jefe de servicio coincida con el IP del estudio se considera que podría existir conflicto de intereses y por lo tanto debe ser firmado por la Gerencia o Dirección Médica del centro o persona delegada.

** Coordinador/a – Jefe/a de servicio – Jefe/a de sección - Supervisor/a – Director/a médico/a - Gerente

*** El responsable de servicio manifiesta su conformidad y la de los servicios implicadas con la firma de este documento.