

Anexo C.I Idoneidad de las instalaciones* EECC/PS

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:
 - N° de EudraCT (EECC):
 - Investigador principal:
 - Servicio del Investigador Principal:
 - Centro:
 - Número de sujetos previstos en el centro:
- Que teniendo en cuenta la naturaleza y la utilización del medicamento en investigación, 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, junto con fecha y la firma de su responsable, y cuando no haya ninguno indicar "No")
- Otros servicios implicados: SI NO

| Servicio | Responsable | Firma | Fecha |
|----------|-------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Firma del Jefe/a de Servicio o Director/a Médico/a del centro:

En a de de

Este documento puede ser firmado electrónicamente

* 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.

** Jefe/a de servicio – Director/a médico/a – Gerente

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