Anexo C.2
Conformidad con la realización del estudio* EOm/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 principal:
  - Servicio del Investigador Principal:
  - Centro:
  - Número de sujetos previstos en el 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, 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:

Este documento puede ser firmado electrónicamente

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 implicados con la firma de este documento.*