

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

Nº PROTOCOLO:

TÍTULO DEL ESTUDIO:

GRUPO DE INVESTIGACIÓN:

INVESTIGADOR PRINCIPAL (Incluir Nombre, servicio, forma de localizarle):

CENTRO:

FECHA DE PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN:

D. /Dña. _____

HACE CONSTAR

Que conoce y acepta participar como investigador principal.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por la Comisión de Investigación de la Fundación San Juan de Dios, el Comité Ético de Investigación Clínica y por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en su caso.

Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que dicho estudio se llevará a cabo contando con la colaboración de:

como investigadores colaboradores.

En Madrid, a ____ de _____ de ____.

Firmado

D./D^a. _____

Investigador Principal

En virtud de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que sus datos personales quedarán recogidos en los ficheros propiedad de Fundación San Juan de Dios con el fin de procurarle los servicios que precise, así como mantenerle informado sobre estos y otros servicios que le puedan interesar. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante carta dirigida al Director, en C/ Herreros de Tejada, 3 - 28016 Madrid. Si no desea recibir información, marque la casilla

CERTIFICADO DE IDONEIDAD DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Nº PROTOCOLO:

TÍTULO DEL ESTUDIO:

GRUPO DE INVESTIGACIÓN:

INVESTIGADOR PRINCIPAL (Incluir Nombre, servicio, forma de localizarle):

CENTRO:

FECHA DE PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN:

D./Dña. _____,
como Director/Gerente del hospital/centro

CERTIFICA:

Que el/la Dr./Dra. _____,
así como sus colaboradores, tienen la cualificación y medios disponibles, para llevar a cabo el estudio tal como está especificado en el protocolo y de acuerdo con las normas de buena práctica clínica.

Para que conste y surta a todos los efectos firmo el presente en
_____ a _____ de
_____ de _____

Firma

CERTIFICADO DE IDONEIDAD DE LAS INSTALACIONES

Nº PROTOCOLO:

TÍTULO DEL ESTUDIO:

GRUPO DE INVESTIGACIÓN:

INVESTIGADOR PRINCIPAL (Incluir Nombre, servicio, forma de localizarle):

CENTRO:

FECHA DE PRESENTACIÓN A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN:

D./Dña. _____,
como Director/Gerente del hospital/centro

CERTIFICA:

Que _____ los _____ servicios _____ del

_____ implicados en la realización del estudio de referencia, cumplen con los requisitos de idoneidad para llevar a cabo el mismo.

Y para que conste y surta a todos los efectos, firmo el presente en _____ a _____ de _____ de _____

Firma