ANEXO V

SOLICITUD Y CONFORMIDAD SERVICIO DE FARMACIA

DATOS ENSAYO

CÓDIGO PROTOCOLO / CEI / CEIC / CEIm / CEEA: INVESTIGADOR PRINCIPAL: PROMOTOR: MONITOR/CRO:

ACTIVIDADES A REALIZAR

Elaboración en campaña de flujo laminar horizontal: Elaboración en campana de flujo laminar vertical (citostáticos): Mantenimiento de doble ciego: Aleatorización desde el Servicio de Farmacia: Otros:

PARÁMETROS A VALORAR

Nº PACIENTES: DURACIÓN ESTUDIO/ ENSAYO - Nº preparaciones: ESTIMACIÓN ECONÓMICA DEL PROMOTOR (si la hubiera): OTROS:

DATOS DE CONTACTO

MONITOR/CRO (marcar lo correcto): NOMBRE: Teléfono: email: VÍA NOTIFICACIÓN:

FECHA SOLICITUD

Getafe a…… de. enero de……..

Fdo.: ……
(Nombre y apellidos Investigador Principal)

Que el estudio ha sido presentado al CEI / CEIC / CEIm / CEEA.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio/ensayo clínico, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudio, ni en otras actividades que realiza habitualmente.

Que el Servicio de Farmacia percibirá…… € en concepto……

Getafe a…… de. enero …… de……..

Fdo.: ……
(Nombre y apellidos Jefe Sº Farmacia)