**RELACIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR**

**Promotor:**

**Titulo Estudio:** (castellano)

**Código de Protocolo:**

**Persona Investigadora Principal y servicio al que pertenece** Dr./Dra.  del Servicio de del Hospital General Universitario de Alicante

**Hace constar:**

* Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para la realización correcta y segura del estudio observacional con medicamento.
* Que el equipo investigador que se necesita para realizar el estudio observacional con medicamento es el propuesto y tras su evaluación se ha considerado idóneo.

Dicho Equipo estará formado por:

Nombre y apellidos:

D.N.I.:

Categoría profesional:

Centro/Organismo:

Servicio:

Función a realizar:

Email:

Nombre y apellidos:

D.N.I.:

Categoría profesional:

Centro/Organismo:

Servicio:

Función a realizar:

Email:

En Alicante a  de  de 202

**POR LA PERSONA INVESTIGADORA PRINCIPAL**

Fdo: Dr./Dra.

Servicio de: