# ACUERDO CON SERVICIOS IMPLICADOS

Centro:

Investigador Principal:

Servicio:

Nº EudraCT:

Nº de sujetos:

Código del protocolo

Título del protocolo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NECESITA LA PARTICIPACION EXTRAORDINARIA DE ALGUN SERVICIO** |  |
| **SERVICIOS IMPLICADOS:** | **SI** | **NO** | **% acuerdo económico (€)** | **Breve descripción colaboración** | **Firma Jefe/a Servicio Implicado** |
| SERVICIO DE FARMACIA | X |  | Al menos5% ( ) |  | Fdo:  |
| SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS | X |  | 2% en caso de participar( ) |  | Fdo:  |
| OTROS SERVICIOS – DEFINIR |  |  | \_% ( ) |  | Fdo: |
| Total |  |  | 10% ( ) |  |  |

**SERVICIOS IMPLICADOS**

En Alicante a  de  de 2021

Fdo: Dr./Dra.

Investigador/a Principal