CEIm

*Comité* *Ético* *de* *Investigación* *con* *medicamentos*

# MODELO CONFORMIDAD SERVICIOS SOPORTE

Título estudio:

Código:

Nº EudraCT (si aplica):

Investigador/a Principal:

Hace constar:

Que como responsable del **Servicio** **Implicado** , conoce, acepta y está de acuerdo que el personal de su Servicio colabore en la realización de este ensayo clínico interviniendo en **la** **parte** **que** **corresponde** **a\*:**

# Anatomía Patológica Farmacia Hospitalaria Laboratorio Análisis Clínicos Radiología

**PROTECCIÓN** **DE** **DATOS**

Conforme a lo que establece el Reglamento General (UE) 2016/679 de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales, le informamos que los datos personales proporcionados son confidenciales y forman parte de los tratamientos titularidad del responsable de tratamiento. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y en su caso, portabilidad y limitación, ante el responsable de tratamiento. Los datos serán guardados en la base de datos del CEIm en cumplimento de las Buenas Prácticas Científicas.

Dr./Dra. .............................. Firma

Jefe/Jefa Servicio ........................

En………, ....... de ................. de .. ..

\*Cumplimentación obligatoria aunque forme parte de la clínica habitual

*Versión* *2\_2020* *–* *CAS*

*Requisitos* *de* *Presentación* *al* *CEIm*

[www.iispv.cat](http://www.iispv.cat/)