
 <p>FUNDACIÓN del HOSPITAL NACIONAL de PARAPLÉJICOS</p>	<p><b>ANEXO 2</b></p> <p>Solicitud gestión de Estudio Clínico</p>	 <p>INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CASTILLA LA MANCHA</p>
--	---	---

Remita este documento a la dirección de correo electrónico: [ensayosclinicos.jclm@sescam.jccm.es](mailto:ensayosclinicos.jclm@sescam.jccm.es)

DATOS DEL SOLICITANTE			
SOLICITANTE			
DATOS CONTACTO		EMAIL	TELÉFONO
CENTRO/HOSPITAL			DNI

DATOS DEL ESTUDIO CLÍNICO	
Código de estudio/protocolo	
Investigador/a Principal	
Servicio	
<b>Tipo de estudio (marque las opciones que apliquen)</b>	
Ensayo Clínico Ensayo Clínico de Baja intervención Estudio Observacional	Medicamento Producto Sanitario Otro:
Promotor	
CRO (si aplica)	
Eudra/Eu CT number (si aplica)	
Fecha aproximada inicio	
Fecha aproximada fin	
MODO FINANCIACIÓN	
Público	Privado
NATURALEZA DEL ESTUDIO	
Regional	Nacional
Europea	Internacional

DATOS ECONÓMICOS	
Partes que factura la Fundación:	
Equipo Investigador (IP + Colaboradores)	Servicio de Farmacia      Centro
PRESUPUESTO ESTIMADO	
Coste directo:	€
Coste indirecto:	€
<b>Coste total:</b>	€

En aquellos estudios clínicos con memoria económica superior a 0€, la Fundación percibirá un **15%** (coste indirecto) del importe que facture (coste total), en concepto de gastos de gestión.

AUTORIZACIONES		
SOLICITANTE	DIRECTOR/A DE LA FUNDACIÓN HNP	DIRECTOR/A-GERENTE DEL CENTRO DE EJECUCIÓN

**\*Nota explicativa:** en el caso que el solicitante de la gestión coincida con la dirección gerencia del centro de ejecución sólo se requerirá la firma en el apartado de director/a gerente del centro de ejecución.

Lugar y Fecha	En	,	a	de	de
---------------	----	---	---	----	----