COMITÉ ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) DEL GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓNSALUD-CATALUNYA

|  |  |
| --- | --- |
| Dr./Dra.  |  |
| En calidad | Investigador Principal |
| Nombre del Promotor |  |

Nombre y apellidos, e-mail, del contacto para recibir informes del CEIm Grupo Hospitalario Quirónsalud-Catalunya

|  |
| --- |
|  |

Solicito la evaluación por parte del Grupo Hospitalario Quirónsalud-Catalunya, del Estudio:

Título:

Código:

Anexamos a la presente: (se deben indicar **CON UNA “X”**, cada uno de los documentos que se anexan acorde a los requisitos del CEIm y la aplicación de los mismos al Estudio a ser evaluado)

1. Carta de acompañamiento
2. Resumen del Estudio
3. Protocolo de Estudio
4. Cuaderno de Recogida de datos
5. Información sobre el producto sanitario: Manual del Investigador o ficha técnica del medicamento
6. Listado de Investigadores y Centros propuestos;
7. Hoja Información al Paciente/Consentimiento Informado
8. Cualquier otra documentación destinada a pacientes
9. Póliza de responsabilidad civil, si procede
10. Memoria económica
11. Idoneidad Instalaciones
12. Idoneidad del investigador con sus correspondientes C.V. resumidos
13. Declaración de confidencialidad y no reidentificación de datos seudonomizados cumplimentada y firmada por el Investigador Principal
14. Factura o (solicitud de factura) de las tasas de gestión del CEIm, para lo cual, el promotor debe facilitar los datos fiscales y del estudio a iribera@quironsalud.es. Se evaluará individualmente la exención del pago de tasas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre Apellidos del Solicitante | Firma | Día/ mes / año |