**COLABORACIÓN DE OTROS SERVICIOS IMPLICADOS EN EL ESTUDIO CLÍNICO**

|  |  |
| --- | --- |
| TÍTULO |  |
| CÓDIGO DE PROTOCOLO/ ACRÓNIMO |  |
| INVESTIGADOR/A PRINCIPAL |  |
| SERVICIO |  |

Por favor, marque las casillas de los servicios que sean necesarios para la correcta realización del estudio:

FARMACIA

ENFERMERÍA

UICAB

ÁREA DE IMAGEN

ANÁLISIS CLÍNICOS

ANATOMÍA PATOLÓGICA

OTROS. Indicar servicios:

No se requiere la colaboración de ningún servicio diferente al del investigador/a principal