**IDONEIDAD DE LAS INSTALACIONES**

*Actualizado según Versión de 27 de marzo de 2023 de la AEMPS*

**COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA**

En relación al ensayo clínico

**Título del estudio: XXXX**

**Código:** XXXXX

**EudraCT / EUCT Number:**  XXXXX

**Servicio al que pertenece el Investigador Principal:** XXXXX

**Centro:** Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

**Número de sujetos previstos en el centro**: XX

Se hace constar que teniendo en cuenta la naturaleza y la utilización del medicamento en investigación, este centro cuenta con los recursos humanos, equipamiento e instalaciones necesarios para llevar a cabo este estudio.

Así mismo, se reconoce la colaboración de los siguientes servicios que han sido informados sobre su implicación en el estudio y han expresado su conformidad al respecto.

Otros servicios implicados (indicar los que sean y cuando no haya ninguno indicar “No”):

En Salamanca, a \_\_\_de de

|  |  |
| --- | --- |
| Fdo. Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jefe de Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fdo. Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Director Médico/Persona delegada |