



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

Dirección General de Farmacia y
Productos Sanitarios

AYUDAS PARA EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA INDEPENDIENTE

DATOS DE LA SOLICITUD

PROYECTO

Título del Proyecto:

Area prioritaria:

Tipo de estudio (EC/Epidemiológico//Otros):

Unicéntrico / Multicéntrico:

Cantidad total solicitada:

CENTRO SOLICITANTE Y PERCEPTOR (Datos del interesado)

Centro Solicitante y Perceptor:

Dirección/CP/ Población

CIF

Tno/Fax

Mail

REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO SOLICITANTE

Nombre y Apellidos

DNI

Dirección/Población/CP

Tno/Fax

Mail

Lugar o medio de notificación

Dirección/Población/CP

Tno/Fax

Mail

Preferencias a efectos de notificación Postal Fax Correo Electrónico

CENTRO DONDE SE VA A REALIZAR EL PROYECTO

Nombre Centro

Dirección/Población/CP

Tno/Fax

PRESUPUESTO SOLICITADO

Gastos de personal

Gastos de equipamiento

Gastos de material inventariable

Gastos de material fungible

Subcontratación (CRO)

Seguro

Adquisición/fabricación MI

Gastos autorizaciones administrativas

Gastos de publicación y difusión

Otros gastos

Viajes y dietas

Subcontrataciones derivadas del proyecto

Gastos generales suplementarios directos	
Costes indirectos (max 2%)	
TOTAL	

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre:		Firma del Responsable del Proyecto
DNI/Pasaporte:		
Centro		
Dirección/Población/ CP		
Teléfono:		
Correo electrónico:		
Centro:		

(Los datos personales que aparecen en este documento sólo serán utilizados para los fines previstos en la correspondiente Convocatoria o para su tratamiento automatizado con fines estadísticos con las garantías previstas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

Fecha:

FIRMA ORIGINAL DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO

Fdo.:

Dirección General de Farmacia y productos Sanitarios
Paseo del Prado 18-20, 28071 MADRID.