



**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:

¿Tiene Financiación previa este proyecto? **SI NO**. En caso afirmativo indique convocatoria

**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**

<b>Subcontrataciones derivadas del proyecto</b>	
<b>Gastos generales suplementarios directos</b>	
<b>Costes indirectos (max 2%)</b>	
<b>TOTAL</b>	

### 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.