|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Expresión de interés para la obtención de información de la Historia Clínica Electrónica u otras fuentes de información con fines de investigación.**  **Instituto de investigación – Hospital 12 de Octubre** | | | | | |
| Investigador Principal |  | | | | |
| Servicio o entidad de origen |  | | | | |
| Correo electrónico |  | | | | |
| Teléfono |  |  |  |  |  |
| Título |  | | | | |
|  |
| Objetivos |  | | | | |
| Descripción de la información a solicitar |  | | | | |
|  |
| Describa otras entidades colaboradoras. |  | | | | |
| Describa los requisitos éticos y de protección y calidad de los datos. |  | | | | |
| Enviar a : | Soportecientifico.imas12@h12o.es | | | | |

