|  |
| --- |
| **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 |

