PROTOCOLO LASOS-PEDS

HOSPITAL:_____

PI:_____

EQUIPE:

NOME COMPLETO e NOME PARA PUBLICAÇÃO	NECESSITA DE ACESSO AO REDCap - S/N	FORMAÇÃO	EMAIL/ CELULAR

Por gentileza, enviar a lista de membros da equipe acompanhada do CV de cada um e do certificado de GCP. Para subinvestigadores enviar também a cópia do CRM.