

PROTOCOLO LASOS-PEDS

HOSPITAL: _____

PI: _____

EQUIPO:

NOMBRE COMPLETO e NOMBRE PARA PUBLICACIÓN	¿NECESITA ACCESO A REDCap - S/N?	FORMACIÓN	EMAIL/ CELULAR

Por favor, envíe la lista de miembros del equipo acompañada del currículum vitae de cada uno y del certificado de Buenas Prácticas Clínicas (GCP). Para los subinvestigadores, envíe también una copia del Certificado de Registro Médico (CRM).