

# **PROPIEDADES FISIOLÓGICAS DE LA SUSTITUCIÓN DE LA CÁPSULA MAMARIA CON UNA PROTESIS**

Responsable/IP que propone:	
Código del estudio/protocolo:	
Número de paciente:	

Por la presente, solicito le sea abonado a:

$$D/D^a$$

la cantidad de: \_\_\_\_\_ EUROS (€)

en concepto de Gastos Extraordinarios por su participación en el Ensayo Clínico/Estudio observacional/proyecto de investigación:

**Datos Bancarios: IBAN (2 letras + 22 dígitos).**

\_\_\_\_\_

Fecha:	A llenar por la FIBioHRC:	
Firma electrónica IP:	Autoriza gestor/a:	Autoriza Dirección:

La Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal, con domicilio social en Ctra. Colmenar Viejo Km. 9.100, 28034 Madrid, es la Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La finalidad del tratamiento es llevar la gestión económica, contable y fiscal. El interesado puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos así como la limitación u oposición a su tratamiento dirigiendo un escrito a: dpd.fibrc@salud.madrid.org