Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Ramón y Cajal

Enviar a contabilidad

PROPUESTA DE PAGO POR COMPENSACIÓN A PACIENTES POR PARTICIPACIÓN EN ESTUDIO CLÍNICO

Responsable/IP que propone:			
Código del estudio/protocolo:		**Código del proyecto de la Fundación:**	
Número de paciente:			

Por la presente, solicito le sea abonado a:

D/Dª_____

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).

	A rellenar por la FIBioHRC:	
Propone IP/responsable:	Conforme gestor/a del proyecto:	Autoriza Dirección FIBioHRC:

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.fibhrc@salud.madrid.org