**ACEPTACIÓN DEL CAMBIO DE IP EN EL CENTRO**

En relación al ensayo clínico:

**Código de protocolo:**

**Nº EudraCT:**

**Título:**

**Promotor:**

**Investigador Principal: ………………………………………………………………………………………..………………**

**Servicio: …………………………………………………………………………..………………………………………………..**

**Centro: ………………………………………………………………………..…………………………………………………….**

**HACE CONSTAR QUE:**

En su calidad de Investigador Principal del ensayo citado en este centro, tiene conocimiento y está conforme con la modificación para el cambio de investigador principal en su centro y el relevo de sus funciones en dicho estudio a partir de la aceptación de la Modificación Relevante Nº ………………., y que corresponderán al investigador abajo citado:

**Dr. ……………………………………………………………………………….………………………………………………………**

**Servicio ……………………………………………………………………………………………………………………………….**

Como nuevo investigador principal del centro conoce y acepta participar en este estudio ciñéndose a lo establecido en el protocolo del estudio y cumpliendo lo establecido por la Declaración de Helsinki, las normas de Buena Práctica Clínica y la normativa vigente aplicable.

Y para que así conste, se firma en

………………………… a …….. de ………………..………… de …………

**D. / Dª ………………………………... D. / Dª …………………………………..**

**Investigador Principal Saliente Investigador Principal Entrante**