**Anexo 5**

**ENSAYOS CLÍNICOS PROMOVIDOS POR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA O ENTIDAD NO LUCRATIVA DE CARÁCTER CIENTÍFICO**

D. /Dña.      , en calidad de Director/a Gerente del Centro/ Director/a Médico del Centro/ Director/a del Servicio de Farmacia Hospitalaria (seleccionar el cargo que ocupa) del      , en relación al ensayo:

“      ” *(Título)*

*Código de protocolo:*

*Versión:*

*Promotor:*

*Investigador Coordinador:*

*Investigador Principal del Centro:*

**MANIFIESTA**

Que dado el interés que presenta el referido Estudio, el Servicio de Farmacia Hospitalaria del Centro suministrará la dosis del medicamento utilizado en el ensayo (     : *medicamento en investigación, control, o lo que corresponda)* necesaria para la utilización en el mismo para su administración a los pacientes incluidos en este Centro, tanto a los que formen parte del grupo experimental como a los que formen parte del grupo control, de acuerdo con lo establecido en el protocolo del ensayo.

Y, en prueba de conformidad con el contenido de este documento, lo firma en      , a       de       de 20

Fdo.: D. /Dña.

*(cargo)*