

## INFORME DE RECLAMACIÓN

### ECAI Estudios Clínicos

#### RECLAMANTE

**Código de Reclamación**  
(a rellenar por la ECAI):

**Nombre:**

**Centro:**

**E-mail:**

**Teléfono:**

#### DESCRIPCIÓN RECLAMACIÓN (

Por favor indique el motivo de su reclamación

---

Fecha/Firma

## INFORME DE RECLAMACIÓN

### ECAI Estudios Clínicos

**Fecha envío respuesta:**  
(a rellenar por la ECAI)

#### CONCLUSIONES Y CIERRE PROVISIONAL DE LA RECLAMACIÓN

(a rellenar por la ECAI)

---

Responsable del Servicio

Fecha/Firma

#### CONCLUSIONES Y CIERRE DEFINITIVO DE LA RECLAMACIÓN

(a rellenar por la ECAI)

---

Responsable del Servicio

Fecha/Firma

Dirección técnica.

Fecha/Firma: