

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: