# CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN MÉDICA

Dr.

Certifica:

Que conoce la propuesta referente al estudio:

**Código Protocolo**

**Título:**

Realizado en nuestro Hospital por , como Investigadora Principal.

Que el servicio o departamento reúne las condiciones necesarias para llevarlo a cabo y autoriza su realización en el mismo.

Lo que firma en Barcelona, a de de 2023

Dr.