**Engagement de participation (compléter 1 page par centre d’inclusion)**

**INVESTIGATEUR COORDONNATEUR**

Code Projet :

Titre de la recherche :

Investigateur coordonnateur :

Promoteur :

**INVESTIGATEUR PRINCIPAL DU CENTRE ASSOCIE 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Investigateur principal (prénom, nom)  : |  |
| Mail : |  |
|  |  |
| Etablissement / Structure : |  |
| Adresse, Ville : |  |
| Service le cas échéant : |  |
|  |  |
| Directeur de l’établissement / Structure  (Prénom Nom) : |  |
| Mail : |  |
|  |  |
| Nombre attendu de patients éligibles par mois : |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Je certifie avoir pris connaissance du protocole de recherche, et accepte de participer à l’étude en tant qu’investigateur associé |
| Signature :  Fait à  Le |

**INVESTIGATEUR COORDONNATEUR**

Code Projet :

Titre de la recherche :

Investigateur coordonnateur :

Promoteur :

**INVESTIGATEUR PRINCIPAL DU CENTRE ASSOCIE N**

|  |  |
| --- | --- |
| Investigateur principal (prénom, nom)  : |  |
| Mail : |  |
|  |  |
| Etablissement / Structure : |  |
| Adresse, Ville : |  |
| Service le cas échéant : |  |
|  |  |
| Directeur de l’établissement / Structure  (Prénom Nom) : |  |
| Mail : |  |
|  |  |
| Nombre attendu de patients éligibles par mois : |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Je certifie avoir pris connaissance du protocole de recherche, et accepte de participer à l’étude en tant qu’investigateur associé |
| Signature :  Fait à  Le |