**Registro Ibérico** – **Estudio** **ReLoCC**

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL CONTACTO** |
| **Local (Centro/ Hospital)** |  |
| **Servicio / Departamento:** |  |
| Dirección: |  |
| **Investigador Principal Local (IPL):** |
| Nombre: |  |
| Teléfono móvil: |  |
| Email: |  |
| ***Data manager* local**: |
| Nombre: |  |
| Teléfono móvil: |  |
| Email: |  |
| **Comité de Ética local:** |
| Nombre del contacto: |  |
| Teléfono móvil: |  |
| Email: |  |
| **Delegado de protección de datos local**: |
| Nombre: |  |
| Teléfono móvil: |  |
| Email: |  |

Por favor complete y envíe a:diana.goncalves@chsj.min-saude.pt