

[Nom Etude] n° [xx-xxx] (CER)

Formulaire de signature

Je soussigné déclare avoir lu et approuvé ce protocole, annexes incluses. Je certifie que l'étude se déroulera conformément au protocole et aux Bonnes Pratiques Cliniques selon les réglementations internationales ICH, et suisses Oclin et LPth.

[Nom] _____
Promoteur

Signature

Date

[Titre] _____
Titre

[Adresse] _____
Institution et adresse

[Nunéro de tél] _____
Téléphone

[Nom Etude] n° [xx-xxx] (CER)

Formulaire de signature

Je soussigné déclare avoir lu et approuvé ce protocole, annexes incluses. Je certifie que l'étude se déroulera conformément au protocole et aux Bonnes Pratiques Cliniques selon les réglementations internationales ICH, et suisses Oclin et LPth.

[Nom] _____
Investigateur principal **Signature** **Date**

[Titre] _____
Titre

[Adresse] _____
Institution et adresse

[Nunéro de tél] _____
Téléphone