|  |  |
| --- | --- |
| **Nº DE REGISTRO** |  |

*A completar por la Fundación Merck Salud*

1. **Título del proyecto:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Indicar si es un proyecto nuevo o recibe financiación de otras entidades (marque con una “x”)**

|  |  |
| --- | --- |
| Proyecto Nuevo |  |
| Proyecto financiado por otras entidades |  |

1. **Área en la que quiere que se incluya su proyecto (marque con una “x”)**

|  |  |
| --- | --- |
| Investigación Clínica en **Esclerosis Múltiple** |  |
| Investigación Clínica en **Fertilidad** |  |
| Investigación Clínica en **Inmuno-oncología** |  |
| Investigación Clínica en **Patología tiroidea funcional** |  |

1. **Datos del Investigador Principal:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos: |  |
| N.I.F.: |  |
| Teléfono del centro de trabajo: |  |
| Teléfono móvil: |  |
| e-mail: |  |

1. **Entidad gestora del proyecto de Investigación (en su caso):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la entidad gestora: |  |
| Dirección: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |
| C.P.: |  |

1. **Centro de trabajo donde se realizará el proyecto de investigación:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del centro: |  |
| Servicio: |  |
| Unidad: |  |
| Dirección: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |
| C.P.: |  |

1. **Nombre de los colaboradores del proyecto:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo | e-mail |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Aprobaciones:**

Indicar las aprobaciones que se adjuntan a la documentación (Comités de Ética, Aprobaciones del centro, …)

*Se puede adjuntar la solicitud en el caso de no disponer de la aprobación, debiendo remitirlo una vez se haya obtenido el documento definitivo.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Aprobación** | **Provisional** | **Definitivo** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

NOTA: Solicitamos su autorización para poder enviarle desde la Fundación Merck Salud, información de carácter científico o del ámbito referido a la salud, que realicemos a través de los correos electrónicos.

Marque con una “x”

|  |  |
| --- | --- |
| SI |  |
| NO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma y Sello del responsable del Centro donde se llevará a cabo el proyecto | Firma del responsable del proyecto |
|  |  |

***Hay que adjuntar el documento firmado y sellado escaneado a través de la plataforma habilitada para adjuntar todos los documentos del proyecto***

*En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos personales que nos facilite mediante el presente formulario, quedarán incorporados y serán tratados en un fichero propiedad de FUNDACIÓN MERCK SALUD, con la exclusiva finalidad de poder cursar su solicitud de ayudas, así como para mantenerle informado, incluso por medios electrónicos, sobre cuestiones relativas a las actividades de FUNDACIÓN MERCK SALUD que guarden relación con los proyectos de investigación y ayudas promovidos/organizados por la Fundación. En aquellos casos en que usted facilite a FUNDACIÓN MERCK SALUD datos de terceras personas, se compromete de forma expresa a obtener el consentimiento de las mismas, antes de comunicar sus datos a FUNDACIÓN MERCK SALUD mediante el presente formulario. Asimismo le informamos sobre la posibilidad que tiene de ejercer, en cualquier momento, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal mediante escrito dirigido a FUNDACIÓN MERCK SALUD, Calle María de Molina, 40, 28006, Madrid, acompañando fotocopia de su D.N.I.*