**MEMORIA ECONÓMICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO DEL ESTUDIO:** |  |
| **Código estudio** |  |
| **PROMOTOR:** |  |
| **Investigador Principal:** |  |
|  |  |
| **Total coste por paciente:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **COSTE DE PRUEBAS EXTRAORDINARIAS:** |  |
| **Prueba** | ***Importe*** |
|  |  |

Describir las pruebas fuera de práctica clínica habitual e indicar el importe que se pagará a los Centros por cada prueba.

|  |  |
| --- | --- |
| **Pago a pacientes:**  (si aplica debe indicarse) |  |

El presente estudio está financiado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROMOTOR