

Luogo....., data.....

Spett.le IRB MS

c/o Spine Center
Via della Liberazione, 3-5 Bologna 40128
info@manussapiens.com

Dati Proponente.....

OGGETTO: richiesta di parere per studio clinico

Con la presente, in qualità di Responsabile della Ricerca sono a richiedere parere a questo IRB per studio clinico dal titolo:

.....
.....

Per contatti:
nome e cognome:
indirizzo:
recapito e-mail:
tel:

Firma