|  |
| --- |
| Nº de Registro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(a completar por la Fundación Merck Salud)* |

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE** |
| **DEVOLVER ORIGINAL FIRMADO Y SELLADO A:**  Fundación Merck Salud – General Martínez Campos, 41, 3ª planta – 28010 Madrid |

|  |
| --- |
| 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 Alergología |  |
| Investigación Clínica en Enfermedades Raras |  |
| Investigación Clínica en Esclerosis Múltiple |  |
| Investigación Clínica en Fertilidad |  |
| Investigación Clínica en Inmuno-oncología |  |
| Investigación Clínica en Endocrinología y/o Riesgo Cardiometabólico |  |
| Investigación Clínica en Medicina Individualizada de Precisión |  |

|  |
| --- |
| 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** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| Dirección: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |
| C.P.: |  |

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

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

|  |
| --- |
| 1. **Nombre de los investigadores asociados** |

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

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 realizará el proyecto de investigación** | **Firma del Investigador Principal** |
|  |  |

*En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, 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 General Martínez Campos, 41, 3ª planta, CP 28010, Madrid, acompañando fotocopia de su D.N.I.*