|  |  |
| --- | --- |
| Chihuahua, Chih., dd-mmm-aaaa | |
|  | |
| **Dr(a). Nombre completo del Investigador principal** | |
| Investigador principal | |
| P r e s e n t e | |
|  | |
| **Asunto:** Renovación anual CEI | |
| **Código UIS:** Código UIS | |
|  | |
| **Código** | Código. |
| **Título** | Título. |
| **Patrocinador** | Nombre del patrocinador. |
| **Domicilio sitio** | Escribir el domicilio. |
|  | |
| **Estimado Dr(a). Apellido paterno del investigador principal:** | |
|  | |
| Con la presente, se otorga la renovación anual de la autorización para continuar el desarrollo del estudio arriba mencionado. | |
|  | |
| Así mismo, le informo que esta autorización tiene vigencia de un año, por lo que usted deberá solicitar la renovación en forma oportuna. Para ello, deberá entregar al menos 30 días antes una solicitud escrita acompañada del informe anual de actividades del estudio. | |
|  | |
| Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo. | |
|  | |
| Atentamente, | |
|  | |
|  | |
| **Dra. María Elena Martínez Tapia**  Presidente del Comité de Ética en Investigación  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. | |