|  |  |
| --- | --- |
| ${lugar}, ${fecha} | |
|  | |
| **Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios. COFEPRIS.**  Comisión de Autorización Sanitaria  Secretaria de Salud  P r e s e n t e | |
|  | |
| **Asunto:** Aviso de terminación | |
|  | |
| **Código** | ${codigo}. |
| **Título** | **${titulo}**. |
| **Patrocinador** | ${patrocinador}. |
|  | |
| **A quien corresponda:** | |
|  | |
| Con la presente **NOTIFICO LA TERMINACIÓN** del protocolo de investigación clínica mencionado. | |
|  | |
| Adjunto a la presente sírvase encontrar el INFORME FINAL de actividades del estudio. | |
|  | |
| Sin otro particular por el momento. | |
|  | |
| Atentamente, | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Dra. María de la Merced Velázquez Quintana**  Dirección General  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. | |