|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Acuse de recibo | | | |
|  | | | |
| Lugar, Fecha | | | |
|  | | | |
| **Asunto:** Acuse de recibo | | | |
|  | | | |
| **Código** | Código. | | |
| **Título** | **Título**. | | |
| **Patrocinador** | Nombre del patrocinador. | | |
|  | | | |
| **A quien corresponda**  P r e s e n t e | | | |
|  | | | |
| Por este medio hago constar que **RECIBÍ EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO** relacionado con mi participación en el estudio arriba mencionado. | | | |
|  | | | |
| Dicho documento fue firmado por el médico, por mí y por los dos testigos en cuya presencia se me informó sobre mi participación en el estudio. | | | |
|  | | | |
| **Nombre del documento** | |  | |
| **Versión** | |  | |
| **Fecha de versión** | |  | |
|  | | | |
| Atentamente, | | | |
|  | | | |
| **Nombre del sujeto** | | | **Firma del sujeto** |
|  | | |  |