

**MODELO CONFORMIDAD  
DIRECTOR SERVICIO**

**Título estudio: OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO TERAPEUTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II**

**Código:**

**Investigador Principal: Laura Canadell Vilarrasa**

**Servicio: Farmacia**

**Hace Constar:**

Que como responsable del Servicio (\*) nombrado anteriormente, conoce, está de acuerdo y acepta la realización del estudio titulado:

**OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO TERAPEUTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II**

que se llevará a cabo por el investigador Principal Dra Laura Canadell Vilarrasa.

Dr./Dra. Laura Canadell Vilarrasa  
Director del Servicio de Farmacia

Firma



23 de Enero. de 2019

(\*) En los Servicios donde exista la figura de Director de Servicio y Jefe de Servicio, deberá ir firmada por el Director.