

Formulario de solicitud de información médico-científica para representantes de pacientes (PA SIRF)

Información y firma del solicitante

Nombre y Apellidos:

Entidad:

Cargo:

Dirección:

Población:

Código Postal:

Número de teléfono:

Email:

Solicitud al Departamento Médico ViiV Healthcare (marca aquellas que sean de interés para tu entidad)

- Ensayos clínicos para el tratamiento y/o prevención del VIH en desarrollo (España y/o Mundo)
- Actualización de los resultados comunicados en congresos
- Nuevas estrategias y nuevos mecanismos de acción de tratamiento del VIH
- Datos de calidad de vida
- Actualización productos aprobados (nuevos eventos, estudios fase 4)
- Otros temas (especificar):

Forma de contacto: Visita entidad Email Teleconferencia Teléfono Otra (especificar):

Frecuencia de contacto: Trimestral Bianual Otra (especificar):

Firma:

Fecha:

Mediante mi firma, certifico que por iniciativa propia, lo anterior refleja las necesidades específicas de información médico-científica solicitada a ViiV Healthcare. Entiendo que esta solicitud vence en 12 meses.