Je soussigné (***nom de la personne responsable de la fabrication ou le mandataire***), de la société (***nom et adresse du siège social du fabricant responsable du dispositif ou du mandataire***) atteste que je suis consciente que l’autorité compétente peut contacter le comité de protection des personnes qui évalue ou a évalué la demande relative au dossier de l’investigation clinique intitulée (***Titre***) avec le numéro national (***numéro ID RCB***).

Fait à

Date

Titre

Signature