

	<p style="text-align: center;">CESIÓN DE INSTRUMENTAL MÉDICO</p>	<p>CESIÓN ACTÍGRAFO Núm:</p>
		<p>Fecha / Entregado por:</p>

Mediante el presente documento el Instituto de Medicina del Sueño (IMS), a través de JESÚS ESCRIBÁ ALEPUZ, cede el siguiente equipo médico formado por:

- Actígrafo: dispositivo Philips Respironics Actiwatch Spectrum PRO (Ref: _____) con:
 - Manual de uso
 - Otros componentes accesorios

durante el periodo de _____ a:

D. _____, con DNI: _____, para su uso para su participación en el estudio **ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO Y CONTROLADO CON PLACEBO SOBRE LA CAPACIDAD DE UN COMPLEMENTO ALIMENTICIO CON MELATONINA Y DERIVADOS DE PLANTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL SUEÑO EN SUJETOS CON PROBLEMAS DE INSOMNIO. Código de protocolo: URI-AQ-SUEFORT-2021**

D. _____ se compromete a realizar un uso responsable del aparato médico cedido, haciéndose responsable de cualquier daño, menoscabo o sustracción que por negligencia o falta de diligencia en su uso, traslado, conservación o guarda se produjera.

D. _____, habiendo comprobado la identidad del aparato y de sus componentes, firma el presente documento, como prueba de la entrega del mencionado aparato. Del mismo modo, asume la total responsabilidad sobre su guarda y custodia durante el tiempo pactado en este documento. Transcurrido el mencionado plazo, se compromete a efectuar la devolución del aparato en la fecha señalada en el siguiente lugar de recepción:

Firma:



JESÚS ESCRIBÁ ALEPUZ
NIF: 53200778F

D/Dña. _____

NIF:

Lugar y fecha: