**Réseau de cellules souches**

**Le Programme de soutien à l’accélération de la transposition clinique**

**SIGNATURES DE L’ÉTABLISSEMENT ET DU CHERCHEUR PRINCIPAL**

NOM DU CHERCHEUR PRINCIPAL :

ÉTABLISSEMENT :

NOM DU PROJET :

À TITRE DE CHERCHEUR PRINCIPAL DE CE PROJET, JE CONFIRME QUE CE PROJET A ÉTÉ APPROUVÉ PAR MON ÉTABLISSEMENT AU TERME DE TOUS LES EXAMENS DE LA SÛRETÉ, RÉGLEMENTAIRES ET ÉTHIQUE REQUIS.

NOM DU CHERCHEUR PRINCIPAL :

DATE :

NOM DU REPRÉSENTATION AUTORISÉ DE L’ÉTABLISSEMENT :

TITRE DU REPRÉSENTATION AUTORISÉ DE L’ÉTABLISSEMENT :

SIGNATURE DU REPRÉSENTATION AUTORISÉ DE L’ÉTABLISSEMENT :

DATE :