



WNIOSEK
O PRZEPROWADZENIE BADANIA KLINICZNEGO W SAMODZIELNYM
PUBLICZNYM SZPITALU WOJEWÓDZKIM IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II
W ZAMOŚCIU
(wypełnia Sponsor)

TYTUŁ BADANIA KLINICZNEGO

.....

NR PROTOKOŁU

SPONSOR

CRO.....

Dane osoby reprezentującej CRO/Sponsora uprawnionej do kontaktu wraz z numerem telefonu, adresem i adresem e-mail

.....

MIEJSCE REALIZACJI BADANIA KLINICZNEGO (pełna nazwa jednostki organizacyjnej Szpitala)

.....

BADACZ (imię i nazwisko osoby, odpowiedzialnej za przeprowadzenie badania klinicznego)

.....

Przewidywany okres trwania badania

Przewidywana liczba pacjentów.....

Data

.....

Podpis, pieczęć
Sponsora/CRO

Załączniki (wymienić wszystkie załączone do wniosku):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nr Szpitalnej Księgi Rejestrowej Badania Klinicznego (wypełnia Szpital).....