

Załącznik nr 4
do Regulaminu Badań Klinicznych
w Samodzielnym Publicznym
Zakładzie Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

**WNIOSEK O ZEBRANIE DANYCH NA PROWADZENIE BADANIA KLINICZEGO
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA
SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU
IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO**

Zwracam się z prośbą o możliwość zebrania danych na przeprowadzenie badania klinicznego o nazwie:.....

.....
.....
.....

w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego.

Nr Protokołu badania klinicznego:.....

Badanie kliniczne prowadzone będzie w Oddziale/Klinice.....

.....,
a Głównym Badaczem będzie.....

Sponsorem badania klinicznego jest firma.....

CRO.....

Osobą do kontaktu strony Sponsora/CRO jest *.....

.....
.....

.....

data

podpis Zlecającego

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**

.....

data i podpis Dyrektora Zakładu

* proszę podać imię i nazwisko oraz numer telefonu i adres e - mail

** właściwe zakreślić