|  |  |
| --- | --- |
| **Data zgłoszenia badania klinicznego** |  |

**ZGŁOSZENIE PROPOZYCJI BADANIA KLINICZNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy sponsorującej Badanie: |  |
| Nazwa Firmy organizującej Badanie: |  |
| Osoba do kontaktu (telefon i mail): |  |
| **Badanie** |
| Tytuł Badania: |  |
| Numer protokołu: |  |
| Okres trwania Badania: |  |
| Przewidywana liczba uczestników: |  |
| Akronim badania (jeżeli jest): |  |
| **Główny Badacz** |
| Główny Badacz: |  | brak |
| Nazwa miejsca, w którym przeprowadzane będzie badanie (Klinika/Oddział/OWBK): |  | brak |
| Koordynator Zespołu Badawczego: |  | brak |
| **Członkowie zespołu badawczego** |
| **Lp** | **Imię** | **Nazwisko** | **Funkcja w badaniu** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| **Tryb przyjęcia Uczestników Badania** |
| Hospitalizacja | TAK/NIE |
| Poradnia | TAK/NIE |
| OWBK | TAK/NIE |
| Aparatura i sprzęt dostarczany przez Sponsora: | TAK/NIE |
| Jaki: |  |
| **Procedury medyczne wykonywane zgodnie z protokołem** |
| Procedura: | Miejsce wykonywania świadczeń (laboratorium lokalne/centralne, USK, DSK, OWBK) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |