Załącznik nr 1 do Ogólnych Zasad prowadzenia badań klinicznych

na terenie Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

**Wniosek o przeprowadzenie badania klinicznego**

**w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy**

1. Nazwa badania klinicznego:
2. Nr protokołu / sygnatura badania:
3. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania Sponsora/CRO
4. imię i nazwisko:
5. telefon:
6. adres mailowy:
7. Miejsce realizacji badania klinicznego:
8. Tryb prowadzonego badania:

1. ambulatoryjne diagnostyczno-terapeutyczne tak/nie
2. ambulatoryjne obserwacyjne tak /nie
3. leczenie szpitalne tak /nie\*
4. Badacz:
5. Data:
6. Podpis sponsora: