***Załącznik nr 1***

***Do badania klinicznego……………………….***

Opis badania

Nazwa leku:

Tytuł:

Nr badania / badania klinicznego:

Faza badania:

Data Protokołu:

Data ostatniej poprawki Protokołu:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

ul. Francuska 20 – 24, 40 – 027 Katowice

Oddział ………………………………….

Kierownik badania / Badacz:

Inni Badacze:

Współpracownicy Badacza:

Liczba pacjentów – uczestników badania:

Czas trwania badania

Monitor CRO/Sponsor:

Dane adresowe CRO/Sponsora:

Dane do faktury:

(nazwa firmy, adres, nip, adres do korespondencji, telefon i email do Działu Księgowego/Rozliczeń)

Harmonogram badania:

………………………….. ………………………………..

*Podpis CRO/Sponsor Podpis Głównego Badacza*