|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

***Załącznik nr 4***

**Zgłoszenie zmiany miejsca realizacji badania klinicznego**

Dyrektor

Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego

im. Andrzeja Mielęckiego

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

w Katowicach

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę miejsca realizacji badania klinicznego opisanego poniżej.  
Miejscem realizacji badania klinicznego będzie

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy |  |
| Numer CEBK badania |  |
| Numer protokołu, zmiany protokołu opatrzone kolejnym numerem i datą ich wprowadzenia |  |
| Imię i nazwisko Głównego Badacza |  |
| Miejsce realizacji badania klinicznego |  |
| Nazwa i opis badanego produktu leczniczego/ wyrobu medycznego |  |
| Czas trwania badania |  |
| Liczba pacjentów biorąca udział w badaniu |  |

…………………………………………………………..

*Data, podpis i pieczątka Głównego Badacza*

Zatwierdzam zmianę miejsca realizacji badania klinicznego zgodnie z wnioskiem Badacza Głównego.

………………………………………….

*Data, podpis i pieczątka CRO/Sponsor*