***Załącznik nr 5***

***Do umowy z Badaczem z dnia…………***

**Zgłoszenie zlecenie wykonania świadczeń dodatkowych związanych**

**z realizacją badania klinicznego**

Dyrektor

Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego

im. Andrzeja Mielęckiego

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

w Katowicach

W dniu zlecono wykonanie świadczenia dodatkowego pozostającego w  związku
z prowadzonym badaniem klinicznym opisanym poniżej:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy |  |
| Numer CEBK badania |  |
| Numer protokołu, zmiany protokołu opatrzone kolejnym numerem i datą ich wprowadzenia |  |
| Nazwisko Głównego Badacza |  |
| Miejsce realizacji badania klinicznego |  |
| Nazwa i opis badanego produktu leczniczego/ wyrobu medycznego |  |
| Czas trwania badania |  |
| Oznaczenie pacjenta |  |
| Rodzaj zlecanego świadczenia dodatkowego pozostającego w związku z prowadzonym badaniem klinicznym |  |
| Tryb zlecenia świadczenia dodatkowego | *Standardowy / pilny\** |

Potwierdzam wykonanie świadczenia dodatkowego

……………………………………

*Data, podpis i pieczątka Badacza*

\* zakreślić właściwe