**ADATBEJELENTŐ LAP**

**………………………………..**

humán klinikai vizsgálat fedezetigazolásának igényléséhez

|  |  |
| --- | --- |
| **Vizsgálat protokollszáma** |  |
| **Vizsgálat címe** |  |
| **Vizsgálóhely neve és címe** |  |
| **Vizsgálatvezető neve és elérhetőségei****(email, telefonszám)** |  |
| **Vizsgálati team tagok****(név, betöltött pozíció)** |  |
| **Humán Klinikai Vizsgálat tervezett indítása és befejezése a PTE-n** | **Kezdete:****Befejezése:** |
| **adatbejelentő, kapcsolattartó személy****(név, email, telefonszám)** |  |
| **Megjegyzés** |  |

**Pécs, 2020.…………………**

**Alulírott igazolom, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy az adatok helyességért az adatbejelentő felel.**

 **……..………………………………. Adatbejelentő**