# 10. számú melléklet

**Minőségbiztosításért felelős gyógyszerészi nyilatkozat**

|  |  |
| --- | --- |
| Vizsgálat címe |  |
| Protokoll száma |  |
| Klinikai vizsgálat fázisa |  |
| Gyártó vagy lefolytató cég neve |  |
| Gyártó vagy lefolytató cég címe |  |
| Vizsgálatvezető neve |  |
| Vizsgálóhely és osztály megnevezése |  |

Alulírott, minőségbiztosításért felelős gyógyszerész, nyilatkozom arról, hogy a fent megnevezett vizsgálóhely tárolási körülményei

Megfelelnek

Nem felelnek meg

a protokoll által előírt követelményeknek. *(megfelelő értékelés aláhúzandó)*

Megfelelőség esetén a klinikai vizsgálati készítmények kiszállítása történhet közvetlenül a Vizsgáló hely osztályára és ott tárolható.

Nem megfelelőség esetén a klinikai vizsgálati készítmény kiszállítása és tárolása az Egyetemi Gyógyszertár telephelyén történik.

Budapest:

Minőségbiztosításért felelős gyógyszerész

A kitöltött nyilatkozat kizárólag elektronikusan, PDF formátumban a klinikaikutatas@semmelweis-univ.hu címre küldendő.