

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 aláhúzendó)*

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.