

1/B. számú melléklet

**Előzetes befogadási (regisztrációs) kérelem külső vizsgálóhelyen végzett klinikai vizsgálat részére nyújtott szolgáltatás lefolytatására**

<b>Vizsgálatvezető:</b>	
<b>Vizsgálóhely:</b>	
<b>Vizsgáló kapcsolattartójának neve:</b>	
<b>Vizsgáló kapcsolattartójának telefonszáma:</b>	
<b>Vizsgáló kapcsolattartójának e-mail címe:</b>	
<b>A vizsgálat címe:</b>	
<b>Protokoll szám:</b>	
<b>Megbízó/CRO kapcsolattartójának neve:</b>	
<b>Megbízó/CRO kapcsolattartójának telefonszáma:</b>	
<b>Megbízó/CRO kapcsolattartójának e-mail címe:</b>	

**A Szolgáltató nyilatkozata:** (A megfelelő rész kiválasztása szükséges!)

A vizsgálat tárgyi és személyi feltételei a Klinikán teljes mértékben rendelkezésre állnak, így további közreműködő bevonása nem szükséges.

**Szolgáltatás típusa:**

Képzővizsgálat, megnevezve:.....

Patológia vizsgálat, megnevezve: .....

Laboratóriumi, vizsgálat:

Egyéb szakma, megnevezése: .....

A vizsgálat tervezett időtartama:

Budapest, \_\_\_\_ - \_\_ - \_\_

.....

Klinikaigazgató  
(amennyiben nem a Vizsgálatvezető)

.....

Vizsgálatvezető

Jelen regisztrációs kérelemhez csatolni szükséges a vizsgálat magyar nyelvű szinopszist.

A kitöltött és aláírt regisztrációs kérelem kizárólag elektronikusan, PDF formátumban a [klinikaikutatas@semmelweis-univ.hu](mailto:klinikaikutatas@semmelweis-univ.hu) címre küldendő.

***Klinikai Kutatások Központ Koordinációs Iroda tölti ki:***

**Vizsgálat egyedi SE azonosítója:**

Dátum:

Ügyintéző neve:

aláírás