# Annex 10

**Declaration of the pharmacist responsible for quality assurance**

|  |  |
| --- | --- |
| Study title | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Protocol No. | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| The phase of the clinical trial | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Name of manufacturer or company conducting the study | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Adress of manufacturer or company conducting the study | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Principal Investigator’s name | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Name of trial site and department | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

I, the undersigned pharmacist responsible for quality assurance, declare that the storage conditions of the above-named test facility

Compliant

NOT compliant

to the requirements of the protocol *(underline as appropriate)*

If compliant, the clinical trial products may be delivered directly to and stored at the site.

In non-compliance, the clinical trial product may be delivered and stored at the University Pharmacy site.

Budapest: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Pharmacist responsible for quality assurance

The completed declaration must be sent electronically in PDF format to klinikaikutatas@semmelweis-univ.hu.