Annex 1/B

**Pre-admission (registration) application for the conduct of service for a clinical trial at an external site**

|  |  |
| --- | --- |
| **Principal Investigator:** | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **Trial site:** | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **Name of investigator's contact person:** | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **Phone number of investigator's contact person:**  | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **E-mail address of the investigator's contact person:** | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **Study title:** | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **Protocol No.:** | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **Sponsor/CRO contact name:**  | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **Sponsor/CRO contact telephone number:** | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **Sponsor/CRO contact e-mail address:** | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

**Service Provider's declaration:** (Please select the appropriate section!)

[ ] The material and personnel conditions for the study are fully available at the Clinic, so no additional collaborator is required.

**Type of service:**

[ ] Imaging examination, named Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

[ ] Pathology examination, named Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

[ ] Laboratory examination, named Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

[ ] Name of other subspecialty: Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

The planned duration of the study:

Budapest, Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

…………………………… ………………………………………

Director of the Clinic Principal Investigator

(if not the Principal Investigator)

Please attach a synopsis of the study in Hungarian to this registration application.

The completed and signed registration form must be sent electronically in PDF format to klinikaikutatas@semmelweis-univ.hu .

***To be completed by the Central Coordination Bureau for Clinical Research:***

**Study unique SE identifier:**

Date: Name of administrator: Signature