# Anhang 10

**Erklärung des/der für die Qualitätssicherung verantwortlichen Pharmazeuten/In**

|  |  |
| --- | --- |
| Titel der Studie: | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Protokoll-Nr.: | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Die Phase der klinischen Prüfung | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Name des Herstellers oder des Unternehmens, das die Studie durchführt | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Adresse des Herstellers oder des Unternehmens, das die Studie durchführt | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Name des/der Hauptprüfers/In: | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| Name der Prüfstelle und Abteilung | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

Der unterzeichnende, für die Qualitätssicherung verantwortliche Apotheker/In erklärt, dass die Lagerbedingungen der oben genannten Prüfeinrichtung

Konform

NICHT konform

den Anforderungen des Protokolls entsprechen *(ggf. unterstreichen)*

Wenn die Anforderungen erfüllt sind, können die klinischen Prüfpräparate direkt an die Prüfstelle geliefert und dort gelagert werden.

Bei Nichteinhaltung kann das klinische Prüfpräparat in der Universitätsapotheke abgegeben und gelagert werden.

Budapest, Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

Für die Qualitätssicherung

zuständige/r Pharmazeut/In

Die ausgefüllte Erklärung ist elektronisch ausschließlich im PDF-Format zu übermitteln an klinikaikutatas@semmelweis-univ.hu.