Anhang 2

**Erklärung des/der Hauptprüfers/In über die personelle und materielle Ausstattung der Prüfung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des/der Hauptprüfers/In:**  | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **Protokoll-Nr.:** | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |
| **Individuelle SE-Kennung der Studie:** | Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide. |

Liste der Teilnehmer an der Studie, Forschung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titel | Name | Rufnummer | E-Mail Adresse |
| Hauptforscher/In: |  |  |  |
| Stellvertretende/r Hauptprüfer/In |  |  |  |
| Studienschwester |  |  |  |
| Studienkoordinator/In der klinischen Studie |  |  |  |
| Blockkoordinator/Ir (wird in Absprache mit dem Präsidium ernannt) |  |  |  |
| Externe/r Koordinator/In\*\* |  |  |  |
| Prüfer(in/nen) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Besondere Bedingungen der klinischen Forschung oder Studie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Das ausgefüllte und unterschriebene Erklärung ist elektronisch im PDF-Format zu senden an klinikaikutatas@semmelweis-univ.hu.

Datum: Budapest, Szöveg beírásához kattintson vagy koppintson ide.

 Hauptforscher/In:

\* Bei Abwesenheit des/der Hauptforscher/In

\*\* Wenn die Forschung nicht von einem/r Mitarbeiter/In der Semmelweis-Universität koordiniert wird, geben Sie bitte den entsprechenden Arbeitgeber an.