

Anhang 2

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

Name des/der Hauptprüfers/In:	
Protokoll-Nr.:	
Individuelle SE-Kennung der Studie:	

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/In (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,202

.....

Hauptforscher/In:

* Bei Abwesenheit des/der Hauptforscher/In

Vorschriften für klinische Forschungsversuche

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