1/B. számú melléklet

**Előzetes befogadási (regisztrációs) kérelem külső vizsgálóhelyen végzett klinikai vizsgálat részére nyújtott szolgáltatás lefolytatására**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vizsgálatvezető:** |  |
| **Vizsgálóhely:** |  |
| **Vizsgáló kapcsolattartójának neve:** |  |
| **Vizsgáló kapcsolattartójának telefonszáma:** |  |
| **Vizsgáló kapcsolattartójának e-mail címe:** |  |
| **A vizsgálat címe:** |  |
| **Protokoll szám:** |  |
| **Megbízó/CRO kapcsolattartójának neve:** |  |
| **Megbízó/CRO kapcsolattartójának telefonszáma:** |  |
| **Megbízó/CRO kapcsolattartójának e-mail címe:** |  |

**A Szolgáltató nyilatkozata**: (A megfelelő rész kiválasztása szükséges!)

[  ] A vizsgálat tárgyi és személyi feltételei a Klinikán teljes mértékben rendelkezésre állnak, így további közreműködő bevonása nem szükséges.

**Szolgáltatás típusa:**

[ ] Képalkotó vizsgálat, megnevezve:…………………………………………………………..

[ ] Patológia vizsgálat, megnevezve: ………………………………………………………….

[ ] Laboratóriumi, vizsgálat:

[ ] Egyéb szakma, megnevezése: ……………………………………………..

A vizsgálat tervezett időtartama:

Budapest, \_\_\_\_-\_\_-\_\_

…………………………… ………………………………………

Klinikaigazgató Vizsgálatvezető

(amennyiben nem a Vizsgálatvezető)

Jelen regisztrációs kérelemhez csatolni szükséges a vizsgálat magyar nyelvű szinopszisát.

A kitöltött és aláírt regisztrációs kérelem kizárólag elektronikusan, PDF formátumban a [klinikaikutatas@semmelweis-univ.hu](mailto:klinikaikutatas@semmelweis-univ.hu) címre küldendő.

***Klinikai Kutatások Központ Koordinációs Iroda tölti ki:***

**Vizsgálat egyedi SE azonosítója:**

Dátum: Ügyintéző neve: aláírás