1/B. számú melléklet

**Minden részét kötelező kitölteni!**

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

**Megbízó tölti ki.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vizsgálatvezető:** | **Az induló vizsgálat vizsgálatvezetője (a külső vizsgálóhelyen).** |
| **Vizsgálóhely:** | **Azon hely, ahol a klinikai vizsgálat zajlik.** |
| **Vizsgáló kapcsolattartójának neve:** | **SE kapcsolattartó neve** |
| **Vizsgáló kapcsolattartójának telefonszáma:**  | **SE kapcsolattartó telefonszáma** |
| **Vizsgáló kapcsolattartójának e-mail címe:** | **SE kapcsolattartó email 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:

**Aláíró az egyetemi szolgáltatással megbízott személy, illetve az egység Klinikaigazgatója.**

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 címre küldendő.

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

**Vizsgálat egyedi SE azonosítója:**

Dátum: Ügyintéző neve: aláírás