1. számú melléklet

**Vizsgálatvezető nyilatkozata a vizsgálat személyi és tárgyi feltételeiről**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vizsgálatvezető neve** |  |
| **Protokoll szám** |  |
| **Vizsgálat egyedi SE azonosítója** | **4K tölti** |

Vizsgálatban, kutatásban résztvevők névsora

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titulus | Név | Telefonszám | E-mail cím |
| Vizsgálatvezető |  |  |  |
| Vizsgálatvezető helyettes­­\* |  |  |  |
| Vizsgáló nővér | **Itt kell megjelölni a kutatásban résztvevő összes személy nevét, e-mail címét és telefonszámát. (amelyeket a vizsgálat során használni szeretne)** |  |  |
| Klinikai vizsgálat study koordinátora |  |  |  |
| Tömbkoordinátor (Irodával egyeztetés követően kijelölve) |  |  |  |
| Külső koordinátor\*\* |  |  |  |
| Vizsgáló(k): |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Klinikai kutatás vagy vizsgálat specifikus tárgyi feltételei

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Itt kell feltüntetni az alapfelszereltségen felül használt, speciálisan az adott vizsgálathoz szükséges eszközöket.** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

Dátum: Budapest, 202

Vizsgálatvezető

\* Vizsgálatvezető távollétében

\*\* Amennyiben a kutatás koordinálását nem a Semmelweis Egyetem munkatársa végzi, kérjük feltüntetni a megbízott munkáltatót!