

B IZJAVA GLAVNEGA RAZISKOVALCA

IME , PRIIMEK, NAZIV:

STROKOVNA USPOSOBLJENOST:

IZJAVA GLAVNEGA RAZISKOVALCA/KE:

SEZNANJEN/A SEM S PREDKLINIČNIMI IN KLINIČNIMI LASTNOSTMI ZDRAVILA V PRESKUŠANJU, KI JIH JE PREDSTAVIL NAROČNIK/SPONZOR TER Z NAMENOM PRESKUŠANJA.

PRESKUŠANJE BO POTEKALO PO PREDLOŽENEM PROTOKOLU, PO NAČELIH DOBRE KLINIČNE PRAKSE, HELSINŠKE DEKLARACIJE IN VELJAVNE ZAKONODAJE.

DATUM_____
IME, PRIIMEK IN NAZIV_____
PODPIS

TELEFON:

FAX:

E-MAIL: