

**C IZJAVA ODGOVORNE OSEBE PREIZKUŠEVALCA ZDRAVILA
(USTANOVA)**

IZJAVA ODGOVORNE OSEBE PREIZKUŠEVALCA (DIREKTORJA, PREDSTOJNIKA...)

IME USTANOVE:

NASLOV:

TELEFON:

FAX:

E-MAIL:

IME, PRIIMEK IN NAZIV ODGOVORNE OSEBE:

STRINJAM SE, DA KLINIČNO PRESKUŠANJE:

GLAVNI RAZISKOVALEC:

NAROČNIK/SPONZOR:

POTEKA V PROSTORIH PREIZKUŠEVALCA, DA BODO POTREBNA OPREMA IN KADRI NA VOLJO
GLAVNEMU RAZISKOVALCU TER, DA BO OMOGOČEN NEMOTEN NADZOR POTEKA PRESKUŠANJA S
STRANI NAROČNIKA/SPONZORJA IN URADA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA ZDRAVILA.

DATUM_____
IME, PRIIMEK IN NAZIV_____
PODPIS