

D IZJAVA NAROČNIKA/SPONZORJA

NAROČNIK/SPONZOR PRESKUŠANJA:

IME:

NASLOV:

KLINIČNO PRESKUŠANJE:

ZAGOTAVLJA:

- DA SO PREDKLINIČNE IN KLINIČNE INFORMACIJE O ZDRAVILU V PRESKUŠANJU VERODOSTOJNE IN POPOLNE.
- DA BODO PRISTOJNI ORGANI PRAVOČASNO OBVEŠČENI O SPREMEMBAH PROTOKOLA PRESKUŠANJA TER O ŠKODLJIVIH NEŽELENIH UČINKIH ZDRAVILA V PRESKUŠANJU.
- DA BO PRESKUŠANJE POTEKALO V SKLADU S PROTOKOLOM, DOBRO KLINIČNO PRAKSO, HELSINŠKO DEKLARACIJO TER VELJAVNO ZAKONODAJO.

DATUM

IME, PRIIMEK IN NAZIV
ODGOVORNE OSEBE

PODPIS

TELEFON:

FAX:

E-MAIL: