

C IZJAVA ODGOVORNE OSEBE PRESKUŠEVALCA ZDRAVILA (USTANOVA)		
IZJAVA ODGOVORNE OSEBE PRESKUŠEVALCA (DIREKTORJA, PREDSTOJNIKA...)		
IME USTANOVE:		
NASLOV:		
TELEFON:	FAX:	E-MAIL:
IME, PRIIMEK IN NAZIV ODGOVORNE OSEBE:		
STRINJAM SE, DA KLINIČNO PRESKUŠANJE:		
GLAVNI RAZISKOVALEC:		
NAROČNIK OZIROMA SPONZOR:		
POTEKA V PROSTORIH PRESKUŠEVALCA, DA BODO POTREBNA OPREMA IN KADRI NA VOLJO GLAVNEMU RAZISKOVALCU IN, DA BO OMOGOČEN NEMOTEN NADZOR POTEKA PRESKUŠANJA S STRANI NAROČNIKA/SPONZORJA IN PRISTOJNE INŠPEKCIJE.		
_____ DATUM	_____ IME, PRIIMEK IN NAZIV	_____ PODPIS