

До
Изпълнителния директор на
УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД
гр. Варна

МОЛБА ЗА СЪГЛАСИЕ

Уважаема проф. Андонова,

В качеството Ви на Изпълнителен директор на УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД, гр. Варна и в съответствие с чл. 87, ал. 4 от ЗЛПХМ, молим за Вашето съгласие за провеждане на следното клинично изпитване/научно медицинско изследване:

EudraCT номер (ако е приложимо):

Тема/Заглавие:

Фаза на изпитването (ако не е описано в темата):

Протокол:

Спонсор/Възложител:

Заявител/ДИО (ако е приложимо):

Място (клиника/отделение) на провеждане:

Предложение за Главен изследовател:

Очаквана продължителност на набирането на участници:

Продължителност на пълното участие на един участник:

Предварително известен планиран брой участници за центъра:

Запознат/а съм с Правилника за провеждане на клинични проучвания в УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД, в сила от 16.10.2019 г.

Запознат/а съм с Ценова листа за определяне на обхвата и минималната стойност на медицинските услуги при провеждане на клинични проучвания на територията на УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД, в сила от 01.04.2024 г.

Информация за контакт с представител на Заявителя/Възложителя (моля оставете данни):

Дата:

С уважение:
(Име, Длъжност, Подпис и печат)