



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 15 00, fax. 32 207 15 46
www.qczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@qczd.katowice.pl

Wniosek o przeprowadzenie badania klinicznego w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

(wypełnia Sponsor)

Rodzaj Badania klinicznego	
<input type="checkbox"/> komercyjne	<input type="checkbox"/> niekomercyjne

Tytuł Badania klinicznego:	
Nr Protokołu:	
Numer EudraCT:	
Numer CEBK:	
Badany Produkt Leczniczy:	
Sponsor: <i>(Administrator danych Uczestników Badania)</i>	
Źródło finansowania / współfinansowania:	
CRO:	
Dane osoby reprezentującej CRO/Sponsora: <i>(uprawnionej do kontaktu wraz z numerem telefonu i adresem e-mail)</i>	
Miejsce realizacji Badania klinicznego w Ośrodku: <i>(pełna nazwa komórki organizacyjnej Szpitala)</i>	
Badacz w Ośrodku: <i>(imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeprowadzenie badania klinicznego)</i>	
Liczba Uczestników Badania klinicznego w Ośrodku:	

Szpital z certyfikatami jakości:



Numer formularza: PP.PR-09 F-01 Wydanie 2 Obowiązuje od 16-08-2024 Aktualizacja.....
Strona 1 z 2

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and initials]



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 15 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl

Wniosek o przeprowadzenie badania klinicznego w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wiek Uczestników Badania klinicznego w Ośrodku:	
Opłata manipulacyjna (start-up) (nr konta bankowego: Bank Gospodarstwa Krajowego PL 07 1130 1091 0003 9032 2920 0003 <input type="checkbox"/> 30% płatne przed podpisaniem umowy (*) (*) należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty	
Okres trwania Badania klinicznego:	
Data złożenia wniosku:	
Podpis i pieczęć Sponsora/CRO:	
Decyzja Dyrektora Naczelnego na przeprowadzenie Badania klinicznego w Ośrodku:	ZGODA / BRAK ZGODY Podpis i pieczęć

Szpital z certyfikatami jakości:



Numer formularza: PP.PR-09 F-01 Wydanie 2 Obowiązuje od 15-08-2024 Aktualizacja.....

Strona 2 z 2

[Handwritten signatures and initials]