

Załącznik nr 1

**WNIOSEK SPONSORA  
O WYRAŻENIE ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA KLINICZNEGO  
W WOJEWÓDZKIM SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM  
IM.PROF. TADEUSZA BILIKIEWICZA W GDAŃSKU**

Tytuł Badania Klinicznego \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nr Protokołu \_\_\_\_\_

Sponsor \_\_\_\_\_

CRO \_\_\_\_\_

Dane osoby reprezentującej Sponsora/CRO \_\_\_\_\_

Nr telef. \_\_\_\_\_ adres e-mail \_\_\_\_\_

Główny Badacz (imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeprowadzenie badania klinicznego) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Okres trwania badania \_\_\_\_\_

Tryb przyjęcia pacjenta ( hospitalizacja, porada ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data i podpis Sponsora/CRO)

Data , \_\_\_\_\_