

## OŚWIADCZENIE BADACZA

Jako Badacz Badania Klinicznego o nazwie:

---

---

---

---

Nr Protokołu \_\_\_\_\_, prowadzonego na terenie  
Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku, w  
związku z zawarciem przez Szpital umowy o prowadzenie w/wym. badania klinicznego  
nr \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_  
z \_\_\_\_\_

### **o ś w i a d c z a m,**

że, zapoznałem/łam się z treścią i ponoszę odpowiedzialność za prowadzenie badania między innymi w zakresie przestrzegania postanowień umowy o prowadzenie przedmiotowego badania klinicznego zawartej między Szpitalem a Zamawiający, przestrzegania protokołu badania i pisemnych instrukcji dostarczonych przez Zamawiającego, zasad prawidłowego prowadzenia badań klinicznych, obowiązującego prawa oraz zobowiązuję się do comiesięcznej sprawozdawczości z realizacji badania klinicznego i przekazywania jej do Działu Księgowości .

Imię i nazwisko Badacza: \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_