

 <p><b>Białostockie Centrum Onkologii</b></p>	<p><b>BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII</b>  <b>im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku</b>  <b>ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok</b>  <b>85 664 68 00</b>  <b>www.onkologia.bialystok.pl</b>  <b>e-mail: bco@onkologia.bialystok.pl</b></p>		
<b>Zgłoszenie wykonania świadczenia dodatkowego związanego z realizacją badania klinicznego</b>			
Tytuł Badania			
Nr Protokołu			
Dane Sponsora/ CRO			
Miejsce realizacji badania klinicznego (pełna nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej BCO)			
Główny Badacz			
<b>Opis zleconych i wykonanych świadczeń dodatkowych nieobjętych Protokołem badania klinicznego</b>			
Nr pacjenta	Data udzielenia świadczenia dodatkowego	Rodzaj udzielonego świadczenia dodatkowego	Uzasadnienie medyczne
Potwierdzam wykonanie ww. świadczeń dodatkowych związanych z realizacją badania klinicznego			
<p><i>pieczętka</i></p>	<p><b>Data</b></p> <p>.....</p> <p><b>Główny Badacz</b></p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>podpis</i></p>	