|  |  |
| --- | --- |
|  | **BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII****im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku****ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok****85 664 68 00** **fax: 85 743 59 13****www.onkologia.bialystok.pl****e-mail: bco@onkologia.bialystok.pl** |
| **Zgłoszenie wykonania świadczenia dodatkowego** **związanego z realizacją badania klinicznego** |
| **Tytuł Badania** |  |
| **Nr Protokołu** |  |
| **Dane Sponsora/ CRO**  |  |
| **Miejsce realizacji badania klinicznego (pełna nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej BCO)** |  |
| **Główny Badacz** |  |
| **Opis zleconych i wykonanych świadczeń dodatkowych nieobjętych Protokołem badania klinicznego** |
| **Nr pacjenta** | **Data udzielenia świadczenia dodatkowego** | **Rodzaj udzielonego świadczenia dodatkowego** | **Uzasadnienie medyczne** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Potwierdzam wykonanie ww. świadczeń dodatkowych związanych z realizacją badania klinicznego |
| *pieczątka* | **Data** | ………………………………………..…………………………….. |
| **Główny Badacz** | ………………………………………………………………………. *podpis* |