|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **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** | | | | | | | | | |
| **Wykaz sprzętu medycznego i niemedycznego**  **przekazanego przez Sponsora/CRO związanego z realizacją badania klinicznego** | | | | | | | | | | | |
| **Tytuł Badania** | | |  | | | | | | | | |
| **Nr Protokołu** | | |  | | | | | | | | |
| **Dane Sponsora/ CRO** | | |  | | | | | | | | |
| **Miejsce realizacji badania klinicznego (pełna nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej BCO)** | | |  | | | | | | | | |
| **Główny Badacz** | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Nazwa sprzętu** | | | **Ilość** | **Producent sprzętu** | | **Nr fabryczny** | **Rok produkcji** | **Certyfikat** | **Uwagi** | **Wartość brutto/ zł** |
|  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |
| **Potwierdzam przekazanie ww. sprzętu** | | | | | | | | | | | |
| *pieczątka* | | | | | | **Data** | ………………………………………..…………………………….. | | | | |
| **Przedstawiciel Sponsora/ CRO** | ……………………………………………………………………….  *podpis* | | | | |
| **Potwierdzam przyjęcie ww. sprzętu** | | | | | | | | | | | |
| *pieczątka* | | | | | | **Data** | ………………………………………..…………………………….. | | | | |
| **Przedstawiciel BCO** | ……………………………………………………………………….  *podpis* | | | | |