|  |  |
| --- | --- |
|  | **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* |