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