**NYILATKOZAT KIEGÉSZÍTŐ DIAGNOSZTIKAI**

**VIZSGÁLATOKRÓL**

a ……………………………..… protokollszámú humán klinikai vizsgálatban

|  |  |
| --- | --- |
| Protokoll száma |  |
| Vizsgálat címe |  |
| Szponzor /CRO |  |
| Vizsgálóhely |  |
| Vizsgálatvezető |  |

A klinikai vizsgálat protokolljában előírtak szerint az alábbi kiegészítő diagnosztikai vizsgálatok elvégzésre kerül sor:

***A Megbízó/Szponzor tudomásul veszi és vállalja, hogy a jelen nyilatkozatban részletezett kiegészítő diagnosztikák költségeit a tételes beteg/vizit (stb.) díjon felül téríti meg.***

A PTE KK azon szervezeti egységei, melyek jelen klinikai vizsgálattal összefüggésben - annak Protokolljában előírt - kiegészítő diagnosztikai szolgáltatást nyújtanak (kérjük „X”-szel jelölni):

|  |  |
| --- | --- |
| Laboratóriumi Medicina Intézet (LMI) |  |
| Nukleáris Medicina Tanszék (NMI) |  |
| Orvosi Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet |  |
| Pathologiai Intézet |  |
| Orvosi Képalkotó Klinika/ Radiológia Klinika |  |
| Immunológiai és Biotechnológiai Intézet |  |
| CITO (Citosztatikus Keverék-készítő) Labor |  |
| Egyéb: |  |

Kelt: …………………… , …….………………………………..

…………………………….

aláírás

szponzor/CRO

\**amennyiben az elvégző intézmény PTE KK szervezeti egysége (külsős szolgáltató esetén árajánlat/költségek megadása nem szükséges)*

# DECLARATION OF AUXILIARY DIAGNOSTICS

required by the clinical trial Protocol No. ………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Protocol Nr. |  |
| Title of Protocol |  |
| Sponsor /CRO |  |
| Clinical Trial Site |  |
| Principal Investigator |  |

The below mentioned auxiliary diagnostic tests will be performed during the conduction of the Clinical Trial, as required by the protocol of the Clinical trial:

***The Sponsor/CRO acknowledges and undertakes to reimburse all additional diagnostic costs detailed in this statement, in addition to the patient/ visit (etc.) fee.***

# Organizational units of PTE KK providing auxiliary diagnostic tests, required by the Protocol of the present clinical trial (please mark with an “X”):

|  |  |
| --- | --- |
| Laboratory Medicinal Institute(LMI) |  |
| Nuclear Medicinal Institute |  |
| Medical Institute of Microbiology and Immunology |  |
| Pathology Institute |  |
| Department of Medical Imaging / Radiology Institute |  |
| Institute of immunology and Biotechnology |  |
| CITO Laboratory |  |
| Other: |  |

Place, date: ………………………………… , ……………………………………………….

…………………………….

signature

Sponsor /CRO

\* *in case the performing institute is a PTE KK unit (no quotation and costs required for external service providers)*