**ADATBEJELENTŐ LAP A BETEGNEK FIZETENDŐ KÖLTSÉGTÉRÍTÉS KIFIZETÉSÉHEZ**

**(ÚTIKÖLTSÉG, ÉTKEZÉSI HOZZÁJÁRULÁS, GYÓGYSZERKÖLTSÉG stb.)**

**………………………………..** humán klinikai vizsgálatban

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Név** |  | |
| **Lakcím** |  | |
| **Bankszámlaszám** |  | |
| **Számlavezető Bank** |  | |
| **Adóazonosító jel** |  | |
| **Megjegyzés** |  | |
| **A kifizetést postai úton kérem**  **(kizárólag abban az esetben, ha nincs bankszámlája)**  **Kérjük X-szel jelölni!** |  |

**Kelt: Pécs, 201…………………**

**Alulírott tudomásul veszem, hogy a Pécsi Tudományegyetem részéről a költségtérítés részemre csak azt követően kerülhet megtérítésre, hogy azt a vizsgálat Szponzora a PTE-vel fennálló szerződésében írtak szerint a PTE részére megfizette.**

**Alulírott hozzájárulok önkéntesen megadott adataim kezeléséhez és igazolom, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy az adatok helyességéért az adatbejelentő felel.**

**……..……………………………….**

**Adatbejelentő aláírása**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*VIZSGÁLÓHELY TÖLTI KI!\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**Alulírott………………………………………………. Vizsgálatvezető igazolom, hogy a fenti adatokkal az itt megjelölt összegű költségtérítés a vizsgálati beteg részére kifizethető.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kifizethető összeg:** | **Forint** |

****

**Vizsgálatvezető aláírása**