

Formularz zamówienia badanego produktu leczniczego

Nazwa badania:	
Lek:	
Dawka:	
Numer Ośrodka:	
Adres Ośrodka:	
Adres dostawy: (uzupełnić jeżeli inny niż adres Ośrodka)	
Osoba kontaktowa:	
Adres email:	
Numer Pacjenta:	Nie wymagane w przypadku, gdy zamówienie realizowane jest przed randomizacją
Ilość opakowań:	
Optymalny termin dostawy:	
Imię i nazwisko/funkcja, stanowisko:	
Data:	
Podpis:	

WYPEŁNIA CRO/SPECJALISTA PV:

- ☐ zaakceptowano bez zmian
☐ zaakceptowano ze zmianami:
☐ zgoda* Głównego Badacza – Koordynatora na zamówienie przed randomizacją TAK ☐ NIE ☐

Ilość opakowań:	
Optymalny termin dostawy:	

☐ nie zaakceptowano

Imię i nazwisko:	
Data:	
Podpis:	

*jeśli dotyczy, dostarczona do CWBK SUM wraz z opinią PV przed przystąpieniem do zamówienia