|  |
| --- |
| **OPIS BADANIA NAUKOWEGO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł Badania** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grantodawca / Finansowanie** |  | | |
| **Rodzaj Grantu / Finansowania** |  | **NR Grantu** |  |
| **Data rozpoczęcia Badania** |  | **Data zakończenia Badania** |  |
| **Dane medyczne, materiał biologiczny używane w Badaniu:** |  | | |
| **Wykaz pomieszczeń niezbędnych do realizacji Badania** |  | | |
| **Kierownik Badania** |  | | |
| **Skład Zespołu Badawczego** |  | | |
| **Opis/streszczenie Badania Naukowego** | | | |
|  | | | |
| **Metodologia** | | | |
|  | | | |
| **Harmonogram Badania Naukowego** | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| **Informuje, że na osobę uprawnioną do kontaktu z Ośrodkiem w sprawie Badania wskazuje:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pana/Panią** | |  | **tel. / e-mail** |  |
| **1** | Główny Badacz zobowiązuje się do uzyskania wszelkich niezbędnych zgód na prowadzenie Badania, w tym: | | | |
| - zgoda Uczestnika  - zgoda KB  - etc. | | | | |
| **2** | Oświadcza, iż zapoznał się z Zasadami prowadzenia Badań Naukowych oraz Projektów Grantowych oraz Zarządzeniem 75/2018 (jeśli dotyczy) | | | |
| **3** | Zobowiązuje się do przestrzegania wszelkich obowiązujących przepisów ustawowych, przepisów wykonawczych i wytycznych organów regulacyjnych, Dobrej Praktyki Klinicznej, jak również wszelkich powszechnie przyjętych norm i praktyk | | | |
| **4** | Zobowiązuje się do przestrzegania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.16 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GŁÓWNY BADACZ** | | | |
| **Imię i Nazwisko** |  | | |
| *Akceptuję warunki ww. Badania i oświadczam, że SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie spełnia wymogi techniczne i organizacyjne konieczne dla przeprowadzenia przedmiotowego Badania. Zobowiązuje się w imieniu własnym i Zespołu Badawczego do prowadzenia Badania zgodnie z zarządzeniami Dyrektora SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie oraz obowiązującymi przepisami prawa.* | | | |
| *pieczątka* | | **Data** | ………………………………………..…………………………….. |
| **Główny Badacz** | ……………………………………………………………………….  *podpis* |
|  | | | |
| **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*** na rozpoczęcie w SK MSWiA z W-M CO w Olsztynie ww. Badania i udostępnienie Badaczowi wskazanych powyżej pomieszczeń, danych medycznych oraz materiału biologicznego koniecznych do realizacji przedłożonego projektu badawczego.  *\*proszę podkreślić właściwe* | | | |
| *pieczątka* | | **Data** | ………………………………………..…………………………….. |
| **Dyrektor SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie** | ……………………………………………………………………….  *podpis* |