

(Inserire Struttura proponente o utilizzare la carta Intestata)

ALLEGATO 4

Modulo di Richiesta quotazione assicurativa per Sperimentazione Clinica No-Profit

Io sottoscritto _____

Sperimentatore Principale dello studio dal titolo: _____

chiedo di ricevere una quotazione assicurativa per la Sperimentazione Clinica No-Profit che presenta le caratteristiche di seguito riportate:

DATI RELATIVI ALLA SPERIMENTAZIONE

1) Sperimentazione con promotore l'ARNAS G. Brotzu SI NO

2) Sperimentazione finalizzata al miglioramento della pratica clinica e riconosciuta a tal fine dal Comitato etico competente come sperimentazione rilevante e, come tale, parte integrante dell'assistenza sanitaria SI NO

3) Codice dello Studio: _____ Codice EudraCT: _____

4) Durata della sperimentazione (mesi): _____

5) Indicare il numero complessivo di pazienti preventivati: _____

6) Indicare il numero complessivo di Centri: _____

Si richiede che per la copertura dei costi relativi per l'attivazione della polizza assicurativa si utilizzino i fondi relativi _____.

DATA

FIRMA
(Sperimentatore Principale)
