



**EKSPERYMENT MEDYCZNY
ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA**

Umowa Generalna Nr	141.2711.15.2021
Nr zgłoszenia*	UJCM
* wypełnia broker ubezpieczeniowy	

PODMIOT ZOBOWIĄZANY DO UBEZPIECZENIA	Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum			
	Adres :	31-008 Kraków, ul. Św. Anny 12		
	REGON :	000001270-00040		
	NIP :	PL 675 000 22 36		
TYTUŁ EKSPERYMENTU	Numer opinii Komisji Bioetycznej:			
ŹRÓDŁO FINANSOWANIA				
NUMER SAP				
OKRES UBEZPIECZENIA (OKRES TRWANIA EKSPERYMENTU)	OD/...../2021	DO/...../20.....
LICZBA UCZESTNIKÓW OSÓB			
RODZAJ EKSPERYMENTU	Eksperyment leczniczy bez ingerencji w tkankę		TAK	NIE
	Suma ubezpieczenia :	50.000 EURO		
	Eksperyment leczniczy z ingerencją w tkankę		TAK	NIE
	Suma ubezpieczenia :	50.000 EURO		
	Eksperyment badawczy bez ingerencji w tkankę		TAK	NIE
	Suma ubezpieczenia :	100.000 EURO		
Eksperyment badawczy z ingerencją w tkankę		TAK	NIE	

		Suma ubezpieczenia :	100.000 EURO		
--	--	----------------------	--------------	--	--

ZAŁĄCZNIKI :	1.	Opis eksperymenty medycznego*
	2.	Informacja dla uczestnika eksperymentu medycznego**
	3.	Formularz zgody uczestnika eksperymentu medycznego**
	4.	Oświadczenie o braku konieczności załączenia formularza informacji dla uczestnika oraz formularza zgody uczestnika badania ***
	5.	Inne
	<i>* Załącznik obowiązkowy</i>	
	<i>** Załącznik obowiązkowy jeżeli nie składane jest Oświadczenie z pkt 4</i>	
	<i>*** Załącznik obowiązkowy jeżeli nie składane są dokumenty z pkt 2 i 3</i>	

Miejscowość/Data/...../20.....
Podpis Pracownika Działu Nauki weryfikującego wniosek	
Podpis Kierownika projektu	