Załącznik nr 1 do Regulaminu

Komisji Bioetycznej Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

**Wniosek do Komisji Bioetycznej Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**

1. Oznaczenie osoby lub innego podmiotu zamierzającego przeprowadzić eksperyment medyczny, a w przypadku eksperymentu prowadzonego w dwóch lub więcej podmiotach – również nazwy wszystkich podmiotów, w których eksperyment ten ma być przeprowadzony

......................................................................................................................................

......................................................................................................................................

1. Tytuł eksperymentu medycznego i uzasadnienie co do jego celowości i wykonalności

...........................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Imię, nazwisko i adres kierownika badania, tytuł/stopień naukowy, specjalizacja

.........................................................................................................................................

nr telefonu.......................................................................................................................

adres email:......................................................................................................................

kwalifikacje zawodowe i naukowe...................................................................................

.........................................................................................................................................

1. Członkowie zespołu badawczego:

imię i nazwisko, tytuł/stopień naukowy, specjalizacja

.........................................................................................................................................

1. Informacja o warunkach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej uczestników

.........................................................................................................................................

1. Dane o spodziewanych korzyściach leczniczych i poznawczych oraz ewentualnie przewidywanych innych korzyściach dla uczestników

.........................................................................................................................................

.......................................................................................................

Data i czytelny podpis wnioskującego