**Komisja Bioetyczna przy Wojskowej Izbie Lekarskiej**

**Polecenie pobrania opłaty za projekt eksperymentu medycznego/ badania**

**klinicznego wyrobu medycznego/badań naukowych niestanowiących**

**eksperymentu medycznego \***

1. Data zgłoszenia projektu: ……....................................................................................................
2. Numer projektu:…………………………………......................................................................
3. Tytuł projektu:………………………………………...............................................................
4. Ośrodek:.........................................................................................................................................
5. Kierownik projektu:………………………..………………..…...................................................

1. Firma na która należy wystawić fakturę (dokładnie):....................................................................
2. Osoba odpowiedzialna z ramienia firmy: ......................................................................................

Numer telefonu:… ……………………………………………………………………………….

1. Firma, której należy wysłać fakturę (dokładnie): ........................................................................
2. Osoba odpowiedzialna z ramienia firmy: .....................................................................................

Numer telefonu:………………… ……………………………………………………………….

1. Liczba pacjentów biorących udział:…… ………………………………………………………
2. Kwota pobrania:…………………………………………(słownie:......................................)
3. Data i czytelny podpis kierownika projektu:…… ……………………………………

\* (niepotrzebne skreślić)