**Приложение №1**

**ДО**

**ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОР**

**НА УСБАЛО „ПРОФ. ИВАН ЧЕРНОЗЕМСКИ“ЕАД**

**ГР. СОФИЯ**

**МОЛБА ЗА СЪГЛАСИЕ**

В качеството Ви на Изпълнителен директор на УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ ЕАД, гр. София и в съответствие с чл. 87, ал. 3 от ЗЛПХМ, моля за Вашето съгласие за провеждане на следното клинично изпитване/научно медицинско проучване:

EudraCT номер:

Тема:

Протокол:

Спонсор:

Бюджет:

Заявител/ДИО (ако е приложимо):

Място (отделение) на провеждане:

Предложение за Главен изследовател:

Очаквана продължителност на набирането на участници: Продължителност на пълното участие на един участник:

* Запознат/а съм с Правилника за провеждане на клинични изпитвания в УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ ЕАД.

**Информация за контакт**

**с представител на Заявителя:**

**Дата: С уважение:**

**(Име, Длъжност, Подпис и печат)**