**Приложение № 3**

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**за очаквани медицински услуги в рамките на клинично изпитване**

**EudraCT №:** .............................................................................................................................

**Тема на изпитването:** .............................................................................................................

**Протокол №:** ............................................................................................................................

**Спонсор:** ...................................................................................................................................

**Договорна Изследователска Организация (ДИО):** ..........................................................

**Място (отделение) на провеждане:** ......................................................................................

**Изследователски екип по изпитването (добавете редове при необходимост):**

**Главен изследовател:** .............................................................................................................

**Под-изследователи:**

1...................................................................................................................................................

2...................................................................................................................................................

3 .........................................................................................................................................................

**I.** Избройте медицинските услуги\* във връзка с провеждането на клиничното изпитване, осъществявани в лаборатория на Болницата (детайлно описани по показатели), в т. ч. клинична, микробиологична и вирусологична, имунологична, генетична (добавете редове при необходимост и отбележете задължителна или условна е услугата):

1……………………………………………………………………………………………….

2……………………………………………………………………………………………….

**II.** Избройте медицинските услуги\* във връзка с провеждането на клиничното изпитване, осъществявани в Отделението по образна и/или Нуклеарна медицина (добавете редове при необходимост и отбележете задължителна или условна е услугата):

1………………………………………………………………………………………………..

2………………………………………………………………………………………………..

**III.** Избройте медицинските услуги\*, предоставяни от Болницата, във връзка с провеждането на клиничното изпитване, напр. леглоден, преглед при специалист, ЕКГ, биопсия и др. (добавете редове при необходимост и отбележете задължителна или условна е услугата):

1…………………………………………………………………………………………………

2…………………………………………………………………………………………………

Съществуват ли специфични изисквания/Протоколи\*\* за извършване на някои от гореизброените услуга:

🞏НЕ 🞏ДА (моля, избройте за кои).......................................................................................

1. Данни за фактуриране на дължими плащания във връзка с договора за клинично проучване:

Получател:

Ид. Номер/ЕИК:

Рег. по ЗДДС:

Адрес:

МОЛ:

\* Забележка: В случай, че услугите са изцяло възложени на доставчик трета страна, се отбелязва изрично, че съответните услуги няма да се извършват в Болницата.

\*\* Вкл. специфични изисквания за описване, архивиране, форматиране, обработка, трансфери или други дейности, касаещи изпълнението на услугата.

**Представител на Заявителя:** ...............................................

(Име, Длъжност, Подпис и печат)