|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |
| *\* Załącznik obowiązkowy* |
| *\*\* Załącznik obowiązkowy jeżeli nie składane jest Oświadczenie z pkt 4* |
| \*\*\* *Załącznik obowiązkowy jeżeli nie składane są dokumenty z pkt 2 i 3* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miejscowość/Data** |  | …………………………….. ………/……../20……. |
| **Podpis****Pracownika Działu Nauki weryfikującego wniosek** |  ………………………………………………………. |
| **Podpis****Kierownika projektu** |  ………………………………………………………. |