|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | ………………………………………………………. |