**Formularz zgłoszenia eksperymentu medycznego**

do obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny

w ramach Umowy generalnej nr UG500006014

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ubezpieczający** | : | Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  Ul. Aleksandra Fredry 10  61-701 Poznań |
| **Ubezpieczony Ubezpieczeni** | : | **1.Podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny:**  Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  Ul. Aleksandra Fredry 10  61-701 Poznań  **2. Badacze :**  **……………**  **Wszyscy badacze, którzy podpisali umowę o prowadzenie poniższego eksperymentu**. |
| **Ubezpieczone badanie** | : | Eksperyment medyczny o poniższym tytule  **…………………….** |
| **Zakres terytorialny** |  | *Polska* |
| **Okres trwania eksperymentu** | : | Od ……………. do ………………….. |
| **Planowana liczba uczestników eksperymentu** | : |  |

**Rodzaj eksperymentu (proszę zaznaczyć „X” przy odpowiednim rodzaju eksperymentu):**

|  |  |
| --- | --- |
| Eksperyment badawczy **bez ingerencji** w tkankę / ciało uczestnika eksperymentu medycznego | … |
| Eksperyment badawczy **z ingerencją** w tkankę / ciało uczestnika eksperymentu medycznego | …. |
| Eksperyment badawczy w postaci przeprowadzenia badania materiału biologicznego, w tym genetycznego: | …. |
| Eksperyment leczniczy **bez ingerencji** w tkankę / ciało uczestnika eksperymentu medycznego | …. |
| Eksperyment leczniczy **z ingerencją** w tkankę / ciało uczestnika eksperymentu medycznego | …. |
| Eksperyment leczniczy w postaci przeprowadzenia badania materiału biologicznego, w tym genetycznego: | …. |