*Załącznik nr 2*

Kraków, dnia………………

Imię i Nazwisko: …………………………………..

Adres: …………………………………………………

Telefon: ………………………………………………

E-mail: ………………………………………………

Nazwa uczelni/instytutu/innej jednostki, adres:

…………………………………………………………………………………………………

**Dyrektor
5 Wojskowego Szpitala Klinicznego**

**z Polikliniką SPZOZ w Krakowie**

**WNIOSEK**

**o wyrażenie zgody na realizację badań naukowych**

Zwracam się o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badania naukowego opisanego poniżej:

sposób badania:

□ ankieta

□ analiza porównawcza dokumentacji medycznej

□ inny (jaki?)

 …..…………………………………………………………………………………………

w okresie od ………………………….. do ……………………………..

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

 ………………………

 /podpis wnioskującego/

□ przyjął i zarejestrował

□ wezwano do uzupełnienia wniosku

 ……..…………………………………..

 /kierujący Biurem ds. Nauki i Rozwoju/

Uwagi:

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

□ opiniuję pozytywnie

□ opiniuję negatywnie

 ……………………………………

*/radca prawny / IOD /*

□ opiniuję pozytywnie

□ opiniuję negatywnie

 ……………………………………

*/Z-ca Dyrektora Szpitala Klinicznego*

 *ds. Lecznictwa/*

Uwagi:

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

□ wyrażam zgodę

□ nie wyrażam zgody

 ……………………………………

Dyrektor

5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ