



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ОНКОЛОГОВ-ХИМИОТЕРАПЕВТОВ

**ЛОКАЛЬНЫЙ ЭТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ
Межрегиональной общественной организации
«Общество онкологов-химиотерапевтов»**

Локальный Этический Комитет Профессионального общества онкологов-химиотерапевтов,
РФ, 123000, г. Москва, Пресненская наб., 12, Москва-Сити, башня «Федерация-Восток», 27 этаж, 13 офис.
Тел: 8(499)686-02-37, Моб: 8 (903)0016965, e-mail: www.rosoncweb.ru

Заявление

ФИО заявителя/Название организации¹

Прошу _____

Одобрить проведение/принять к сведению информацию, касающуюся проводимого исследования; ранее одобренные документы, сообщения о безопасности, годовые, итоговые или промежуточные отчеты о ходе исследования и т.п. /одобрить дополнительные материалы, новые версии документов исследования.

в Локальном Этическом комитете при Межрегиональной Общественной
Организации «Общество онкологов-химиотерапевтов» клинического/другого
научного/медицинского или неинтервенционного
исследования _____

—
_____ Полное название исследование в соответствии с протоколом

Список представленных документов с номерами версий и датами (если они есть).

1. _____

2. _____

3. _____

¹ В качестве заявителя могут выступать врач-исследователь, компания-спонсор исследования или уполномоченная им организация (CRO), медицинская организация, планирующая проводить клиническое исследование на своей базе.

Дополнительная информация

Пояснения и иные сведения, которые заявитель считает необходимым довести до сведения Комитета, например, информация о спонсоре, странах и медицинских центрах, где проводилось или планируется проведение данного исследования, численности привлекаемых к исследованиям пациентов, продолжительности сбора данных, контактное лицо организации-заявителя для обращения со стороны Комитета и др.

Заявление составлено " __ " _____ 20__ г.

(наименование должности руководителя
медицинской организации или
уполномоченного уполномоченного
им лица)

(подпись _____ руководителя
медицинской организации или
уполномоченного уполномоченного
им лица)

(инициалы, фамилия руководителя
медицинской организации или
уполномоченного уполномоченного
им лица)

М.П.