Nr.

**ACORDUL CONDUCERII INSTITUŢIEI**

**PRIVIND DESFĂŞURAREA STUDIULUI CLINIC**

Prin prezentul document precizăm acordul nostru privind desfăşurarea în cadrul **Institutului Oncologic „Prof. Dr. I. Chiricuţă” Cluj-Napoca, str. Republicii nr. 34-36, 400015 Cluj-Napoca, jud. Cluj,** a studiului clinic (acronim).................................................conform protocolului:

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

în perioada: .....................................................................................................................

Investigator principal: .....................................................................................................

Subinvestigator: ..............................................................................................................

Sponsor: ..........................................................................................................................

Monitor: ..........................................................................................................................

Prezentul acord nu creează obligaţii între părţile implicate în desfăşurarea studiului clinic (instituţie, investigator, sponsor, monitor), acestea urmând a fi stipulate în contractul ferm încheiat ulterior.

Manager,

Șef Lucr. Dr. Catalin Vlad

Director medical,

### Prof. Dr. Patriciu Achimas-Cadariu

Coordonator departament cercetare-dezvoltare,

Prof. Dr. Ioana Neagoe

Şef Secţie

Cluj-Napoca,

Data: ...........................

**Formular F1**

**CĂTRE**

**INSTITUTUL ONCOLOGIC „PROF. DR. ION CHIRICUŢĂ” CLUJ-NAPOCA**

**Str. Republicii nr. 34-36, Cluj-Napoca, 400015**

Prin prezenta vă rugăm să vă exprimaţi acordul dumneavoastră privind desfăşurarea în cadrul Institutului Oncologic „Prof. Dr. I. Chiricuţă” Cluj-Napoca, str. Republicii nr. 34-36, 400015 Cluj-Napoca, jud. Cluj, a studiului clinic (acronim).......................................... conform protocolului:

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

în perioada: .....................................................................................................................

Investigator principal: .....................................................................................................

Subinvestigator: ..............................................................................................................

Sponsor: ..........................................................................................................................

Monitor: ..........................................................................................................................

**Întocmit:**

**Nume şi prenume/calitatea**

**Data**

**Semnătura**

**Acordul investigatorului principal**

**Data**

**Semnătura**

**Formular F2**

**BUGETUL STUDIULUI CLINIC (acronim) ................................................................................ CONFORM PROTOCOLULUI**

**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**PERIOADA DE DESFĂŞURARE: .....................................................................................................**

**INVESTIGATOR PRINCIPAL: .........................................................................................................**

**SPONSOR: ............................................................................................................................................**

**MONITOR: ...........................................................................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. ciclu** | **Nr. şedinţă/vizită** | **Manopere-investigaţii**  **Necesare (preţ lei /euro\*)** | **Consumabile necesare (preţ lei / euro\*)** | **Cost lei / euro** | **Observaţii IOCN (instituţie)** | |
|  |  |
|  | **1** |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **3** |  |  |  |  |  |
|  | **.....** |  |  |  |  |  |
|  | **n** |  |  |  |  |  |
| **TOTAL Costuri efective/pacient lei / euro\*** | | | | | | |
| **Regie IOCN (45 %) lei /euro\*** | | | | | | |
| **TOTAL GENERAL/pacient lei /euro\*** | | | | | | |
| **TVA 19% lei /euro\*** | | | | | | |
| **TOTAL GENERAL+ TVA /pacient lei /euro\*** | | | | | | |

**Întocmit:**

**Nume şi prenume/calitatea**

**Data**

Semnătura

\*Pentru contractul încheiat în lei preţurile se completează în lei. În situaţia în care contractul se încheie în EURO preţurile se vor completa pentru ambele monede.