



An die
Deutsche Krebshilfe e.V.
Förderung
Buschstraße 32
53113 Bonn

Rekrutierung

Persönliche Daten (bitte in Druckbuchstaben)

Studientitel:

Antragsteller:

Bestätigung

Hiermit wird bestätigt, dass mit der Patientenrekrutierung für die zur Förderung beantragten Studie noch nicht begonnen wurde und auch während des laufenden Begutachtungsverfahrens keine Patienten rekrutiert werden.

Ort, Datum:

Unterschrift*:

Stempel

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an die oben genannte Adresse.

*Unterschrift des/der korrespondierenden Antragstellers/in im Namen aller Antragsteller



An die
Deutsche Krebshilfe e.V.
Förderung
Buschstraße 32
53113 Bonn

Gleichlautender Antrag

Persönliche Daten (bitte in Druckbuchstaben)

Studientitel:

Antragsteller:

Bestätigung

- 'Ein gleichlautender oder thematisch ähnlicher Antrag wurde bei keiner anderen Förderorganisation eingereicht bzw. von keiner anderen Förderorganisation bereits bearbeitet und befürwortet.'
- 'Der Antrag wurde bereits von einer anderen Förderorganisation bearbeitet und abgelehnt'
(In diesem Fall bitten wir um die Angabe der Förderorganisation, bei der der Antrag bearbeitet wurde, und um eine Stellungnahme zu den Ablehnungsgründen)

'Während der Bearbeitung dieses Antrages durch die Deutsche Krebshilfe wird ein gleichlautender oder thematisch ähnlicher Antrag bei keiner anderen Förderorganisation gestellt'.

'Die Deutsche Krebshilfe ist unabhängig davon berechtigt, bei anderen Förderorganisationen anzufragen, ob bereits Förderanträge mit ähnlicher oder gleicher Themenstellung vorgelegt wurden'.

Ort, Datum:

Unterschrift*:

Stempel

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an die oben genannte Adresse.

*Unterschrift des/der korrespondierenden Antragstellers/in im Namen aller Antragsteller



An die
Deutsche Krebshilfe e.V.
Förderung
Buschstraße 32
53113 Bonn

Sponsorerklärung

Persönliche Daten (bitte in Druckbuchstaben)

Studientitel: _____

Antragsteller: _____

Bestätigung

Hiermit wird bestätigt, dass _____ die Funktionen und Pflichten eines Sponsors gemäß §4 Abs. 24 Arzneimittelgesetz (AMG) für die o. g. klinische Prüfung übernimmt.

Dem Leiter der o. g. klinischen Prüfung _____ wird die Vollmacht erteilt, in Vertretung des Sponsors für die o. g. klinische Prüfung aufzutreten und die entsprechenden Sponsorpflichten gemäß §4 Abs. 24 Arzneimittelgesetz (AMG) in der aktuellen Fassung wahrzunehmen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift*: _____

Stempel _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an die oben genannte Adresse.

*Unterschrift des/der korrespondierenden Antragstellers/in im Namen aller Antragsteller