

Krebs-Therapiestudien

Sponsorerklärung

Allgemeine Angaben

Studententitel: _____

Antragsteller*: _____

Bestätigung

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

Dem Leiter der oben genannte klinischen Prüfung _____
wird die Vollmacht erteilt, in Vertretung des Sponsors für die oben genannte 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 untenstehende Adresse.

* Zur Vereinfachung werden lediglich die männlichen Bezeichnungen benutzt. Diese Bezeichnungen stehen selbstverständlich sowohl für die männliche als auch für die weibliche Form.

** Unterschrift des korrespondierenden Antragstellers im Namen aller Antragsteller