**ANTRAG AUF ÜBERNAHME DER SPONSORSCHAFT**

*Name Antragsteller:* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Klinik/ Institut:*  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Abteilung/Position:* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Kontaktdaten:*  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*(E-Mail/ Tel.)*

**Angaben zum Projekt:**

*Titel:* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Art des Projektes:*

☐ AMG ☐ MPG

☐ multizentrisch ☐ monozentrisch

☐ randomisiert ☐ verblindet ☐ unverblindet

☐ Phase I ☐ Phase II ☐ Phase III ☐ Phase IV

*Projektbeschreibung (Studienziel, Indikation):*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Geplante Finanzierung:*

☐ Eigenmittel

☐ Drittmittel: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Sponsor: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Höhe der Finanzierung:

*Geplanter Beginn:*

Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

☐ Bestätigung: kein Dritter ist Sponsor der Studie

**Anlagen zum Antrag:**

☐ Prüfplan und Synopse

☐ Angaben zum Prüfpräparat/ Medizinprodukt

☐ Angaben zur Finanzierung der Studie (Kostenkalkulation, Verträge, Bescheide ...)

☐ Qualifikationsnachweise des Studienleiters (Lebenslauf, GCP-Zertifikate)

☐ Nachweis über Pflichtberatung durch das KKS-BB

☐ Nachweis über Pflichtberatung durch das Forschungsdezernat der MHB (nur bei öffentlich

geförderten Projekten)

☐ Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

|  |
| --- |
|  |

Datum, Unterschrift (Antragsteller)