|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titel der Studie** |  | | | |
| Studienprotokoll-Nummer: |  | | | |
| EUDRACT-Nummer: |  | | | |
| Bewilligung der Ethikkommission erteilt in der Sitzung am: | |  | | |
| Datum der Meldung gem. § 40 Abs. 1 an das BASG: | |  | | |
| Name des Prüfers: |  | | | |
| Durchführende Abteilung: |  | | Datum |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Benötigte Prüfpräparate** | | Sponsor: | |  | | | |
| **Prüfpräparat Name:** | | | | | | | |
| Menge | OP | | á | | Stk. | Darreichungsform |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Benötigte Prüfpräparate** | | Sponsor: | |  | | | |
| **Prüfpräparat Name:** | | | | | | | |
| Menge | OP | | á | | Stk. | Darreichungsform |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Benötigte Prüfpräparate** | | Sponsor: | |  | | | |
| **Prüfpräparat Name:** | | | | | | | |
| Menge | OP | | á | | Stk. | Darreichungsform |  |

Die oben angeführten Prüfpräparate werden ausschließlich im Klinikbereich und im Rahmen einer klinischen Prüfung angewendet und von der Herstellerfirma kostenlos zur Verfügung gestellt. Dieses Formular dient zur Erreichung einer Einfuhrbewilligung/-meldung.

Die Vollständigkeitsmeldung der AGES Medizinmarktaufsicht ist dem Antrag beizuschließen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Unterschrift LeiterIn der Klinischen Abteilung  Stampiglie der Klinischen Abteilung |  | Unterschrift LeiterIn der Anstaltsapotheke  Stampiglie der Anstaltsapotheke |

Lieferfirma:

Datum der Antragsstellung: