Prohlášení o střetu zájmů zkoušejícího */ Declaration of Investigator´s Interests Template*

Tuto šablonu mohou zadavatelé klinických hodnocení používat jako součást dokumentace žádosti. Za každého hlavního zkoušejícího z každého místa hodnocení je nutno předložit samostatné vyplněné prohlášení. */ This template may be used by Sponsors of clinical trials as part of the application dossier. A separate declaration should be completed and submitted for the Principal/Lead Investigator at each site.*

Tuto šablonu vytvořila a ověřila odborná skupina EU pro klinická hodnocení (EU Clinical Trials Expert Group) za účelem dosažení souladu s nařízením (EU) č. 536/2014 o klinických hodnoceních humánních léčivých přípravků, upravena SÚKL. */ This template was developed and endorsed by the EU Clinical Trials Expert Group to comply with Regulation (EU) No. 536/2014 Clinical Trials on Medicinal Products for Human Use and modified by State Institute for Drug Control.*

|  |
| --- |
| Následující prohlášení se vztahuje k tomuto klinickému hodnocení [níže prosím zapište celý název a číslo protokolu] / *The following declaration is in relation to the following clinical trial [Please insert the full title and Protocol reference number below]*  Klikněte nebo poklepejte k zadání textu. / *Click or tap here to enter text.*  Máte nějaké zájmy, např. ekonomické zájmy, příslušnost k pracovištím či osobní zájmy, jež by mohly ovlivnit vaši nestrannost? / *Are there any interests, such as economic interests, institutional affiliations or personal interests, which may influence your impartiality?*  Ano/Yes ☐ Ne /No ☐  Pokud ano, podrobně prosím popište všechny takové zájmy: / *If Yes, please give details of all interests:*  Klikněte nebo poklepejte k zadání textu. / *Click or tap here to enter text.*  Prohlašuji, že výše uvedené informace jsou dle mého nejlepšího vědomí správné. / *I declare that the information provided above is accurate to the best of my knowledge.*  Jméno zkoušejícího: / *Name of investigator*:  Klikněte nebo poklepejte k zadání textu. / *Click or tap here to enter text.*  Název zdravotnického zařízení:/ *Name of Institution*:  Klikněte nebo poklepejte k zadání textu. / *Click or tap here to enter text.*  Podpis: / *Signature*:  Klikněte nebo poklepejte k zadání textu. / *Click or tap here to enter text.*  Datum: / *Date*: Klikněte nebo poklepejte k zadání data. / *Click or tap here to enter text.* |