|  |  |
| --- | --- |
| **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 AbteilungStampiglie der Klinischen Abteilung |  | Unterschrift LeiterIn der AnstaltsapothekeStampiglie der Anstaltsapotheke |

Lieferfirma:

Datum der Antragsstellung: