Ethik-Kommission der Ärztekammer-Hamburg

Weidestraße 122b

22083 Hamburg

Ort, Datum

**Autorisierung für klinische Prüfung**

Bearbeitungsnummer:

Prüfplancode:

EudraCT-Nr.:

Titel:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit autorisiere ich Frau/Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ die Antragstellung für o.g. klinische Prüfung in ethikPool hauptverantwortlich zu übernehmen. Bitte schalten Sie ihr/sein persönliches Benutzerkonto für diese Studie frei.

Mit freundlichen Grüßen,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_