



Rzecznik Praw Pacjenta

Wniosek należy
wypełnić czytelnie,
dokonując wpisów
bez skreśleń
i poprawek

Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych

Dane uczestnika badania klinicznego

nazwisko	
imię	
numer PESEL	
w razie braku numeru PESEL: seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia	

Przedmiot wniosku

- uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia śmierć uczestnika badania klinicznego

Jeśli wniosek dotyczy śmierci uczestnika badania klinicznego:

Dane osoby składającej wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego

nazwisko	
imię	
numer PESEL	
w razie braku numeru PESEL: seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia	

Relacja między wnioskodawcą a zmarłym uczestnikiem badania klinicznego

- małżeństwo niepozostające w separacji pokrewieństwo pierwszego stopnia
(rodzic lub dziecko uczestnika badania)
- przysposobienie pozostawanie we wspólnym pożyciu
- inna – jaka:

Dane przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy (jeśli dotyczy)

nazwisko	
imię	

Dane pełnomocnika wnioskodawcy (jeśli dotyczy)

nazwisko	
imię	

Adres korespondencyjny

ulica, numer domu i lokalu	
miejsowość	
kod pocztowy	
województwo	

Numer telefonu (jeśli wnioskodawca posiada)

Adres poczty elektronicznej (jeśli posiada)

Oznaczenie badania klinicznego, którego dotyczy wniosek (numer, tytuł)

Uzasadnienie wniosku (w tym wskazanie faktów, na których wniosek jest oparty)

