

Újszülöttek szűrővizsgálata spinális izomatrophia –SMA-betegségre

INTÉZMÉNYI BEFOGADÓ NYILATKOZAT

Alulírottak,

.....klinika/kórház
intézményvezetője és

.....osztályának

.....vezetője

nyilatkozom arról, hogy az „Újszülöttek szűrővizsgálata spinális izomatrophia (SMA) betegségre az új terápiás lehetőségek tükrében” című kutatási projekt végzése során szükséges újszülöttkori kapilláris vérvétel tárgyi és személyi feltételeivel rendelkezünk, azokat a projekt rendelkezésére bocsátjuk.

.....

(helység, dátum)

.....

a nyilatkozó kórház/klinikaigazgató neve, aláírása, pecsétje

.....

a nyilatkozó osztályvezető főorvos neve, aláírása, pecsétje

.....

intézményi pecsét helye

visszaküldendő: smaszures@bethesda.hu