

## Ankieta dla lekarza zainteresowanego udziałem w badaniach klinicznych

|                                       |                                                                                                                             |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko                       |                                                                                                                             |
| Specjalizacja                         |                                                                                                                             |
| Numer telefonu                        |                                                                                                                             |
| Adres e-mail                          |                                                                                                                             |
| Doświadczenie w badaniach klinicznych | Rola w badaniach:<br><input type="checkbox"/> Główny badacz<br><input type="checkbox"/> Współbadacz                         |
|                                       | Dziedzina:                                                                                                                  |
|                                       | Wskazania:                                                                                                                  |
|                                       | Fazy badań: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV |
|                                       | Ile lat doświadczenia?                                                                                                      |
| Miejsce zatrudnienia                  | <input type="checkbox"/> Szpital publiczny                                                                                  |
|                                       | <input type="checkbox"/> Prywatna Praktyka Lekarska                                                                         |
|                                       | <input type="checkbox"/> Ośrodek Badawczy                                                                                   |
|                                       | <input type="checkbox"/> POZ                                                                                                |
|                                       | <input type="checkbox"/> Inny                                                                                               |
| Języki obce                           | <input type="checkbox"/> Angielski<br><input type="checkbox"/> Inny:                                                        |
| Podpis lekarza                        |                                                                                                                             |

Wypełnioną ankietę proszę odesłać na adres: [nina.omelanska@domlekarski.pl](mailto:nina.omelanska@domlekarski.pl)  
W razie pytań telefon kontaktowy **+48 532 436 886**