|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Umowa Generalna Nr** |  | **141.2711.19.2023 (Tryb podstawowy art. 275 PZP)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PODMIOT ZOBOWIĄZANY DO UBEZPIECZENIA** |  | **Uniwersytet Jagielloński** | | | | | | | |
| Adres : | | **31-007 Kraków, ul. Gołębia 24** | | | | | |
| REGON : | | **00000127033000000** | | | | | |
| NIP : | | **PL 675 000 22 36** | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **TYTUŁ EKSPERYMENTU** |  |  | | | | | | | |
| **Numer opinii Komisji Bioetycznej:** | | | | | | | |
| **OKRES UBEZPIECZENIA (OKRES TRWANIA EKSPERYMENTU)** |  | OD | …/…/…… | | | DO | …/…/…… | | |
| **LICZBA UCZESTNIKÓW** |  | ………… OSÓB | | | | | | | |
| **ŹRÓDŁO FINANSOWANIA (NUMER OBLIGA)** |  |  | | | | | | | |
| **NUMER SAP PROJEKTU** |  |  | | | | | | | |
| **RODZAJ EKSPERYMENTU** |  | Eksperyment leczniczy bez ingerencji w tkankę | | | | | | TAK | NIE |
| Suma ubezpieczenia : | | | Składka jednostkowa | | |
| 50.000 EURO | | | 500,00 PLN | | |
| Eksperyment leczniczy z ingerencją w tkankę | | | | | | TAK | NIE |
| Suma ubezpieczenia : | | | Składka jednostkowa | | |
| 50.000 EURO | | | 700,00 PLN | | |
| Eksperyment badawczy bez ingerencji w tkankę | | | | | | TAK | NIE |
| Suma ubezpieczenia : | | | Składka jednostkowa | | |
| 100.000 EURO | | | 800,00 PLN | | |
| Eksperyment badawczy z ingerencją w tkankę | | | | | | TAK | NIE |
| Suma ubezpieczenia : | | | Składka jednostkowa | | |
| 100.000 EURO | | | 950,00 PLN | | |
| Eksperyment medyczny polegający wyłącznie na  badaniu  lub  wykorzystaniu uprzednio pobranego materiału biologicznego, w tym genetycznego | | | | | | TAK | NIE |
| Suma ubezpieczenia : | | | Składka jednostkowa | | |
| 100.000 EURO | | | 100,00 PLN | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI :** |  | 1. | Opis eksperymenty medycznego\* |
| 2. | Informacja dla uczestnika eksperymentu medycznego\*\* |
| 3. | Formularz zgody uczestnika eksperymentu medycznego\*\* |
| 4. | Oświadczenie o braku załączenia formularza informacji dla pacjenta formularza zgody uczestnika badania \*\*\* |
| 5. | Inne |
| *\* Załącznik obowiązkowy* | |
| *\*\* Załącznik obowiązkowy jeżeli nie składane jest Oświadczenie z pkt 4* | |
| \*\*\* *Załącznik obowiązkowy jeżeli nie składane są dokumenty z pkt 2 i 3* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miejscowość/Data** |  | ……………………… ……./……../……… |
| **Podpis Pracownika Działu Nauki weryfikującego Wniosek** |  | ………………………………………………………. |
| **Podpis Kierownika Projektu** |  | …………………………………………………. |
| **Data wpływu polisy OC** |  | ………/……/……………… |