|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |  | ………/……/……………… |