**Liczba zadeklarowanych pacjentów w czasie rekrutacji 6 miesięcy**

**RFP 022594 /****WYBÓR OŚRODKA CELEM PRZEPROWADZENIA BADANIA KLINICZNEGO FAZY 1a/1b**

…………………………………,…………….

*Miejscowość, data*

……………………………………………………

*Dane Ośrodka/pieczątka*

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym deklaruję, że będę w stanie zrekrutować/włączyć do badania następującą minimalną liczbę pacjentów:

|  |  |
| --- | --- |
|  | LICZBA |
| Deklarowana liczba pacjentów do zrekrutowania w ciągu 6 miesięcy |  |

……………………………………………….

 *Podpis*