Załacznik nr 3 do ogłoszenia

Modyfikacja z dnia 22.08.2022 r.

Modyfikacja z dnia 25.08.2022 r.

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Przedmiotem zamówienia jest zakup ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badaczy i sponsora w badaniu klinicznym w ramach prowadzonego projektu „Radiation-Free Therapy for the Initial treatment of Good prognosis early non-bulky HL, defined by a low Metabolic Tumor Volume and a negative interim PET after 2 chemotherapy cycles (RAFTING-2019)”.**

1. **Opis przedmiotu Zamówienia:**

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna badaczy i sponsora w związku z prowadzeniem badania klinicznego fazy II, w którym będą brać udział dorośli. Ubezpieczeniem OC powinna być objęta, co najmniej odpowiedzialność cywilna za spowodowanie szkód osobowych, czyli: uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci uczestników badania klinicznego.

KOD CPV: 66516000-0 - Usługi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

1. **Warunki płatności**

Termin płatności – 30 dni od dnia wystawienia polisy

1. **Zakres wykluczenia z możliwości realizacji Zamówienia**

Z możliwości realizacji Przedmiotu Zamówienia wyłącza się osoby, które powiązane są
z  Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego. Wykonawca złoży oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych z Zamawiającym.

1. **INFORMACJE DODATKOWE:**
2. Okres trwania badania: 03.07.2020 – 02.07.2026r.
3. Okres ubezpieczenia – od dnia zawarcia polisy do 02.07.2026r.
4. Ilośc osób: maksymalnie 5.
5. Wiek osób biorących udział w badaniu – 18-70 lat.
6. W ramach przedmiotu zamówienia planowane jest zawarcie 1 umowy ubezpieczenia obejmującej prowadzenie badania w Szwajcarii.
7. Oferta na ubezpieczenie OC badania klinicznego powinna opierać się na opisie ryzyka zawartym w Załączniku nr 4 do ogłoszenia.
8. Obsługa realizacji przedmiotu zamówienia będzie prowadzona przez brokera ubezpieczeniowego.
9. Wystawienie polisy lub certyfikatu jest równoznaczne z zawarciem umowy ubezpieczenia w ramach prowadzonego postępowania.

**ZAŁĄCZNIKI:**

Załącznik nr 4 – kryteria oceny ryzyka

*~~Załącznik nr~~* ~~4~~

### ~~Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia badań klinicznych/~~ *~~Clinical trials liability insurance~~*

~~KWESTIONARIUSZ OCENY RYZYKA /~~

~~INSURANCE QUESTIONNAIRE~~

~~1) NAZWA (firma) i ADRES Wnioskodawcy: prosimy kontynuować na oddzielnej kartce, jeżeli istnieje taka potrzeba /NAME/S (including trading names)and ADDRESS of the Proposer/s: use a separate sheet if necessary~~

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Nazwa i Adres /~~~~Name and Address~~ | ~~Data rozpoczęcia działalności /~~~~Date Commenced~~ |
| ~~Dział Niekomercyjnych Badań Klinicznych~~~~Gdański Uniwersytet Medyczny~~~~M. Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk~~~~Tel.: (58) 349 1056 kom. 606412400~~~~e-mail: marta.bednarek@gumed.edu.pl~~ |  |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~2) NAZWA (firma) i ADRES Sponsora badania: prosimy kontynuować na oddzielnej kartce, jeżeli istnieje taka potrzeba /NAME/S (including trading names) and ADDRESS of the trial Sponsor: use a separate sheet if necessary~~

|  |
| --- |
| ~~Nazwa i Adres/~~~~Name and Address~~ |
| ~~Gdański Uniwersytet Medyczny~~~~M. Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk~~ |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

1. ~~NAZWA (firma) i ADRES Producenta produktu leczniczego lub wyrobu medycznego: prosimy kontynuować na oddzielnej kartce, jeżeli istnieje taka potrzeba /NAME/S (including trading names) and ADDRESS of the medicinal produkt or medical device manufacturer: use a separate sheet if necessary~~

|  |
| --- |
| ~~Nazwa i Adres/~~~~Name and Address~~ |
| * ~~OPDIVO 10 mg/ml koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji.Koncentrat zawiera 10 mg Nivolumabu~~
 |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

1. ~~Proszę podać nazwiska Głównych badaczy oraz Współbadaczy w oraz nazwy i adresy ośrodków, w których prowadzone jest badanie/ Please name each Principal Investigator and Co-Investigator and indicate name and address of his research centre~~

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~Główny Badacz: prof. dr. hab. Jan Maciej Zaucha~~~~Gdański Uniwersytet Medyczny,~~ [~~Katedra i Klinika Hematologii i Transplantologii~~](https://search.gumed.edu.pl/units/63)~~M. Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk~~**~~Badacze w Ośrodkach:~~**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **~~No~~** | **~~Site Name~~** | **~~PI Name~~** |
| **~~1~~** | **~~Bergamo~~** ~~- Ospedale Papa Giovanni XXIII~~ | ~~Dr. Alessandro Rambaldi~~ |
| **~~2~~** | **~~Milano~~** ~~- Istituto Europeo di Oncologia (IEO)~~ | ~~Dr. Corrado Tarella~~ |
| **~~3~~** | **~~Padova~~** ~~- Azienda Ospedaliera di Padova Dipartimento di Medicina Interna~~ | ~~Dr. Livio Trentin~~ |
| **~~4~~** | **~~Ancona~~** ~~- Azienda Ospedaliero -universitaria Ospedali Riuniti~~ | ~~Dr. Guido Gini~~ |
| **~~5~~** | **~~Roma~~** ~~-  Policlinico Università Tor Vergata~~ | ~~Dr. Maria Cantonetti~~ |
| **~~6~~** | **~~Napoli~~** ~~- Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Federico II~~ | ~~Dr. Marco Picardi~~ |
| **~~7~~** | **~~Bari –~~** ~~IRCCS  Istituto Tumori Giovanni Paolo II~~ | ~~Dr. Attilio Guarini~~ |
| **~~8~~** | **~~Palermo~~** ~~- Ospedali Riuniti Villa Sofia~~ | ~~Dr. Caterina Patti~~ |
| **~~9~~** | **~~Cagliari~~** ~~- Azienda Ospedaliera G. Brotzu - Ospedale Businco~~ | ~~Dr. Giorgio La Nasa~~ |
| **~~10~~** | **~~Cuneo~~** ~~- Hematology Department Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle~~ | ~~Dr. Roberto Sorasio~~ |
| **~~11~~** | **~~Pavia~~** ~~- Hematology Department IRCCS Policlinico San Matteo~~ | ~~Dr. Manuel Gotti~~ |
| **~~12~~** | **~~Brescia~~** ~~- A.O. Spedali Civili di Brescia, p.le Spedali Civili 1,25123 - Ematologia Clinica~~ | ~~Dr. Alessandro Re~~ |
| **~~13~~** | **~~Catania~~** ~~- University;  Hematology Department. Policlinico Rodolico in Catania~~ | ~~Dr. Alessandra Romano~~ |
| **~~14~~** | **~~Genova~~** ~~(Genoa) - University: Hematology Department S. Martino Hospital~~ | ~~Dr. Roberto Lemoli~~ |
| **~~15~~** | **~~Torino~~** ~~(Turin) - Mauriziano Hospital, Hematology Department~~ | ~~Dr. Federico Itri~~  |
| **~~16~~** | **~~Venezia~~** ~~(Venice) - University Hematology Department - Mestre Hospital~~ | ~~Dr. Renato Bassan~~ |
| **~~17~~** | **~~Vicenza~~** ~~- S. Bortolo General Hospital: Hematology Department~~ | ~~Dr. Corrado Schiavotto~~ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **~~18~~** | ~~Hospital General Universitario Gregorio Marañon 28007~~ **~~Madrid~~** | ~~Dr. M. Bastos~~ |
| **~~19~~** | ~~Hospital Universitario 12 de Octubre 28041~~ **~~Madrid~~** | ~~Dr. A. Rodriguez~~ |
| **~~20~~** | ~~Hospital Universitario Ramón y Cajal 28034~~ **~~Madrid~~** | ~~Dr. J. Lopez~~ |
| **~~21~~** | ~~Hospital Universitario Vall d'Hebron 08035~~ **~~Barcelona~~** | ~~Dr. C. Carpio~~ |
| **~~22~~** | ~~Hospital Duran i Reynals - Institut Catala d'Oncologia (ICO) Barcelona~~~~08908~~ **~~Barcelona~~** | ~~Dr. E. Domingo~~ |
| **~~23~~** | ~~Hospital Germans Trias i Pujol-ICO Badalona 08916~~ **~~Barcelona~~** | ~~Dr. M. Moreno~~ |
| **~~24~~** | ~~Hospital Clinic de Barcelona 08036~~ **~~Barcelona~~** | ~~Dr. C. Martinez~~  |
| **~~25~~** | ~~Hospital Universitario de Salamanca 37007~~ **~~Salamanca~~** | ~~Dr. R. Garcia~~ |
| **~~26~~** | ~~Hospital Universitario Marques de Valdecilla 39008~~ **~~Santander~~** | ~~Dr. J. Nuñez~~ |
| **~~27~~** | ~~Hospital Universitario Virgen del Rocio 41013~~ **~~Sevilla~~** | ~~Dr. G. Rodríguez~~ |
| **~~28~~** | ~~Hospital Universitario Central de Asturias 33011~~ **~~Oviedo~~** | ~~Dr. A. Gonzalez~~ |
| **~~29~~** | ~~Hospital de Burgos, Hematology Department,~~ **~~Burgos~~** | ~~Dr. Javier Diaz Galvez~~ |
| **~~30~~** | ~~Hospital de León, Hematology Department,~~ **~~León~~** | ~~Dr. Mª JEsús Vidal~~ |
| **~~31~~** | ~~Hospital Son Espases, Hematology Department,~~ **~~Mallorca~~** | ~~Dr. Antonio Gutiérrez~~ |
| **~~32~~** | ~~Hospital Universitario La Paz, Hematology Department,~~ **~~Madrid~~** | ~~Dr. Pilar Gómez Prieto~~  |
| **~~33~~** | ~~Gdański Uniwersytet Medyczny Department of Hematology and Transplantology,~~ **~~Gdańsk~~** | ~~Jan Maciej Zaucha~~ |
| **~~34~~** | ~~Klinika Nowotworów Układu Chłonnego Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy,~~**~~Warszawa~~** | ~~Ewa Paszkiewicz- Kozik~~ |
| **~~35~~** | ~~Instytut Hematologii i Transfuzjologii,~~ **~~Warszawa~~** | ~~Ewa lech-Marańda~~ |
| **~~36~~** | ~~Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku~~~~Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny,~~ **~~Wrocław~~** | ~~Tomasz Wróbel~~ |
| **~~37~~** | ~~Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii~~ ~~Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie~~~~Państwowy Instytut Badawczy,~~ **~~Gliwice~~** | ~~Sebastian Giebel~~ |
| **~~38~~** | ~~Oddział Kliniczny Hematologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA z Warmińsko - Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie,~~ **~~Olsztyn~~** | ~~Edyta Subocz~~ |
| **~~39~~** | ~~Oddział Kliniczny Hematologii Szpital Uniwersytecki w Krakowie,~~ **~~Kraków~~** | ~~Agnieszka Giza~~ |
| **~~40~~** | ~~Oncology Institute of Southern Switzerland~~ | ~~Davide Rossi~~ |

 |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~5) Której fazy dotyczy badanie?/ What is the phase of the trial?~~

~~Badanie II fazy~~

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~6) Jaka jest liczba pacjentów biorących udział w badaniu oraz ich wiek?/ What is the number and age of participants involved in the trial?~~

|  |
| --- |
| ~~Nieleczeni, pacjenci z klasycznym HL z I lub II stopniem Ann Arbor A bez masywnej choroby stratyfikowanej zgodnie ze zmodyfikowanymi Kryteriami EORTC zmodyfikowanymi EORTC. Pacjenci płci męskiej lub żeńskiej w wieku 18-70 lat.~~ |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~7) Proszę podać tytuł badania i numer protokołu:/ Please state below the title of the study and protocol no.~~

|  |
| --- |
| **~~Tytuł badania~~**~~: Radiation-Free Therapy for the Initial treatment of Good prognosis early non-bulky HL, defined by a low Metabolic Tumor Volume and a negative interim PET after 2 chemotherapy cycles~~**~~numer protokołu~~**~~:~~ *~~NBK132/1/2020~~* |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~8) Czy badane produkty lecznicze lub wyroby medyczne zostały zarejestrowane w jakimkolwiek kraju?/ Have the tested medicinal products or medical devices been already registered in any country?~~

|  |
| --- |
| ~~Tak~~ |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~9) Proszę podać nazwę badanego produktu leczniczego lub wyrobu medycznego/ Please state below the name of the tested medicinal product or medical device.~~

|  |
| --- |
| ~~OPDIVO 10 mg/ml koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji.Koncentrat zawiera 10 mg Nivolumabu~~ |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~10) Czy badanie dotyczy/ Does the trial relate to~~

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Antybiotyków/ Antibiotics~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Leków przeciwzapalnych/ Anti-inflammation drugs~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Chorób serca/ Heart Diseases~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Leków ginekologicznych/ Gynecology drugs~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Zabiegów lub leków inwazyjnych/ Invasive drugs or surgery~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Szczepionek/ Vaccines~~ | ~~Nie~~ |
| ~~HIV~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Przeszczepów/ Transplants~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Embrionów ludzkich/ Human Embryo~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Sztucznych organów/protez/ Artificial Organs~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Inżynierii genetycznej/ Genetic Engineering~~ | ~~Nie~~ |

~~Jeżeli tak to prosimy podać szczegóły/ If yes to any of the above, please provide more details~~

|  |
| --- |
|  |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~11) Czy w badaniu uczestniczą/ Are any trial participants:~~

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Kobiety w wieku rozrodczym/ Women of child-bearing age~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Kobiety w ciąży/ Pregnant women~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Dzieci/ Children~~ | ~~Nie~~ |
| ~~Nieuleczalnie chorzy/ Terminally ill~~ | ~~Tak~~ |
| ~~Inne osoby / Other person:~~ | ~~Nie~~ |

~~Jeżeli tak to prosimy o podanie szczegółów/ If yes to any of the above, please provide more details~~

|  |
| --- |
| ~~Badanie obejmuje chorych nieleczonych, pacjentów z klasycznym HL z I lub II stopniem Ann Arbor A bez masywnej choroby stratyfikowanej zgodnie ze zmodyfikowanymi Kryteriami EORTC zmodyfikowanymi EORTC. Pacjenci płci męskiej lub żeńskiej w wieku 18-70 lat.~~ |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~12) Proszę podać początek i koniec okresu trwania badania/ Please state the period of the trial~~

|  |
| --- |
| ~~03.07.2020 – 07.02.2026~~ |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

1. ~~Czy badanie może spowodować zmianę kodu genetycznego u pacjenta?/ Can the study cause changes in the genetic material of the subject?~~

|  |
| --- |
| ~~nie~~ |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

1. ~~Czy badanie może prowadzić do uzależnienia od przyjmowanych leków?/ Can the study lead to drug addiction of the subject?~~

|  |
| --- |
| ~~nie~~ |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

1. ~~Prosimy o wskazanie sumy ubezpieczenia / Please indicate the requested limit of indemnity .~~

|  |
| --- |
|  |

~~\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_~~

~~16) Prosimy załączyć/ please enclose:~~

* ~~skrót protokołu / study outline or synopsis,~~
* ~~informacje dla pacjenta/ patient information sheet,~~
* ~~wzór formularza świadomej zgody pacjenta/ a copy of Informed Consent Form.~~

~~Prosimy dokładnie zapoznać się z poniższym akapitem przed podpisaniem deklaracji: /~~

~~Please read this paragraph carefully before signing the declaration:~~

 ~~DEKLARACJA / DECLARATION~~

~~Deklaruję/my, iż po dokładnym sprawdzeniu, zawartość powyższego kwestionariusza jest prawdziwa i żadne z podanych informacji i faktów nie zostały przez nas zniekształcone. Zgadzam/y się, że powyższy wniosek wraz z innymi informacjami przez nas przekazanymi może stanowić podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia. Niezwłocznie poinformuję/my Zakład Ubezpieczeń, jeżeli zajdą istotne zmiany, co do podanych powyżej faktów i informacji, lub też wynikną nowe okoliczności przed zawarciem umowy ubezpieczenia.~~

~~I/we declare that, after full enquiry, the contents of this proposal are true and that I/we have not misstated submitted facts or information. I/we agree that this proposal together with any other information supplied by me/us shall form the basis of any contract of insurance which may be effected. If there is any material alteration to the facts and information which I/we have provided or any new material matter arises before the completion of the contract of insurance, I/we undertake to inform Underwriters.~~

 ~~Data /~~

~~Date~~

 ~~Podpis /~~

~~Signature~~

 ~~Prosimy zatrzymać kopię powyższego kwestionariusza./~~

~~A copy of this proposal should be retained by you for your own records.~~