

医疗器械临床试验主要研究者声明

项目名称	
申办者	
资金来源	<input type="checkbox"/> 申办者 <input type="checkbox"/> 研究科室自筹 <input type="checkbox"/> 其他_____
无 利 益 冲 突 声 明	您及您的家庭成员、或者您们作为法人的公司与申办公司(厂商)是否有财务往来? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 请说明:
	您是否为申办公司(厂商)的管理人员或学术指导人员? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 请说明:
	您是否为该试验用医疗器械器械在科学、财务、法律方面的顾问或者发言人? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 请说明:
	您是否与申办公司(厂商)有任何合同, 例如购买产品、供应原料、租赁等? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 请说明:
	您是否指定您的学生或其他下属人员获得申办公司(厂商)的赞助? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 请说明:
	您在上一年度参加申办公司(厂商)组织的活动的次数? <input type="checkbox"/> 参加国际会议: 次 <input type="checkbox"/> 参加国内会议: 次 <input type="checkbox"/> 到申办公司(厂商)参观及授课: 次
主要研究者承诺	
<p>经研究讨论, 我科室作为北京老年医院医疗器械临床试验机构的专业组科室, 愿意并有能力承担此医疗器械临床试验项目, 并保证严格按照GCP、试验方案及其他有关文件的规定, 保护受试者权益, 保证试验数据的科学、真实、可靠, 确保试验按期完成。并承诺, 在开展本项目的同时, 无与该试验用医疗器械目标适应症相同的在研项目。</p> <p>特此声明!</p> <p style="text-align: right;">科室名称: 主要研究者: 日期:</p>	