|  |
| --- |
|  |
| **Prosjektidentifikasjon** |
| Prosjektnavn/-beskrivelse |  |
| Utprøver |  |
| Utprøvingssted |  |
| Sponsors representant |  |
| Identifikasjon i løpende oversikt |  |

**Beskrivelse av nødvendig kompetanse hos utprøver og prosjektmedarbeidere for å gjennomføre prosjektet** (f.eks. medisinsk spesialitet, opplæring i bruk av spesielt testutstyr eller IT-utstyr)

|  |
| --- |
|  |

**Beskrivelse av nødvendige fasiliteter og utstyr for å gjennomføre prosjektet**(f.eks. måleutstyr, programvare, lokaler, oppbevaringsmuligheter for dokumenter/legemidler)

|  |
| --- |
|  |

 **Beskrivelse av nødvendige støttefunksjoner, herunder prosjektmedarbeidere**(f.eks. datahåndterer, statistiker, laboratorium, apotek)

|  |
| --- |
|  |

**Beskrivelse av nødvendige samarbeidspartnere/miljøer for å gjennomføre prosjektet**

(f.eks. helseforetak, sykehus, legepraksis eller annen helseinstitusjon)

|  |
| --- |
|  |

**Plan for rekruttering av forsøkspersoner**

|  |
| --- |
|  |

 **Plan for forskriftmessig oppbevaring av legemidler**

|  |
| --- |
|  |

**Plan for forskriftmessig arkivering og oppbevaring av prosjektdokumentasjonen, herunder personopplysninger**

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato dd.mm.ååå Signatur (Sponsors representant)