

KOORDINATOR RAZISKAVE:

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za farmacijo
Ljubljana, Slovenija

Univerza v Ljubljani
Fakulteta *za farmacijo*



PODATKI O KANDIDATU, KI SI ŽELI SODELOVATI V KLINIČNIH RAZISKAVAH

IME IN PRIIMEK	
Datum rojstva	
Kraj rojstva	
Spol (obkrožite)	Moški Ženski
Naslov stalnega prebivališča	
Naslov začasnega prebivališča	
Telefon	
E-mail	
Fakulteta	
Letnik študija	
Status študenta (obkrožite)	DA NE
*Ali kadite? (obkrožite)	DA NE
Ali redno jemljeta zdravila? (obkrožite)	DA NE
Katera?	_____

* V raziskavi lahko sodelujete le če ste prekinili s kajenjem vsaj tri mesece pred pričetkom raziskave.

Datum

/ / - / - / /
dan mesec leto

Podpis

** Prosimo pošljite izpolnjen obrazec na naslov:

Fakulteta za farmacijo, Univerza v Ljubljani, ZA: Klinične raziskave, Aškerčeva 7, 1000 Ljubljana, Slovenija