

Ifylls av myndigheten:

Ankommit: ____ / ____ / 20____

Diarienummer: _____

Anmälan om avslutande av klinisk läkemedelsprövning

Nationella kommittén för medicinsk forskningsetik (TUKIJA) / Regionala etiska kommittén

1. Anmälan behandlas av

2. Numret på överföringsbeslut

3. Prövningens kod och EudraCT-nummer

Prövningens kod: _____

Prövningens EudraCT-nummer: _____

4. Prövningens namn (på svenska eller finska)

5. Uppdragsgivare / finansiär för prövningen

6. Kontaktperson för prövningen i Finland och kontaktuppgifter

7. Person som ansvarar för prövningen och kontaktuppgifter

8. Prövningens avslutning

Datum för avslutande i Finland: ____ / ____ / _____

Datum då prövningen beräknas avslutas inom hela prövningen: ____ / ____ / _____

Prövningen har avslutats:

- enligt den ursprungliga tidtabellen
- avvikande från den ursprungliga tidtabellen
- för tidigt

Orsak till avvikelsen:

Motivering till tidig anslutning:

9. Datum och underskrift (representant för uppdragsgivaren)

Datum: ____ / ____ / _____

Underskrift och namnförtydligande: _____