Je mým záměrem provádět výzkumný projekt – název:

v době od: do:

spočívající v:

na pracovišti:

Prohlašuji, že provádění tohoto výzkumného projektu není finančně podporováno třetím subjektem. Finanční podporou se přitom rozumí platba za provedení výzkumného projektu, dodání léků, pojištění výzkumného projektu apod.

Pokud je provádění výzkumného projektu finančně podporováno třetím subjektem, jsem si vědom své povinnosti iniciovat uzavření smlouvy o provedení výzkumu mezi poskytovatelem podpory a Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze, ve které budou upraveny podmínky finanční podpory poskytovatelem, případné reciproční plnění ze strany Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Za reciproční plnění je považováno např. poskytnutí výsledků výzkumného projektu, poskytnutí výsledků hodnotící provedení výzkumného projektu, či jakýchkoliv informací vztahujících se k činnosti Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a jejích pacientů. Poskytnutí finanční podpory není považováno za podporu třetím subjektem ve smyslu tohoto čestného prohlášení, pokud jsou finanční prostředky na výzkumný projekt poskytnuty ze státního rozpočtu, z veřejných grantových agentur v ČR či státech EU, z výzkumných prostředků veřejnoprávních univerzit v ČR nebo EU, z nadačních fondů nebo z prostředků VFN či zdravotních pojišťoven ČR.

Ohledně uzavření smlouvy mezi poskytovatelem a Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze kontaktujte Oddělení klinických hodnocení a výzkumu, martina.rackova@vfn.cz, telefon: 22496 3097.

**Výzkum [ ]  je\* [ ]  není\* finančně podporován třetím subjektem** (*\*nehodící se škrtněte)*.

Jsem si vědom skutečnosti, že pokud je výzkumný projekt finančně podporován třetím subjektem
a nebudu iniciovat uzavření smlouvy o provedení výzkumného projektu mezi poskytovatelem finanční podpory a Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze je oprávněna žádat náhradu škody, která by byla způsobena tímto opomenutím.

V Praze dne

Jméno a příjmení výzkumníka…………………………………………….…

Podpis výzkumníka …………………………….…………………………………

Jméno a příjmení přednosty kliniky……………………………………….

Podpis přednosty kliniky ………………………………………………………

Razítko kliniky: