



Medizinische Universität Graz  
 Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation  
 Auenbruggerplatz 2/5  
 A-8036 Graz

Fax: +43 316 385-13590

## Randomizer for Clinical Trials - Registrierung einer Studie

<b>Studie</b>	Name:	<input type="text"/>		
	<i>(entspricht dem Feld „Name“ in der Online-Eingabemaske „Trial Description“)</i>			
	Sponsor:	<input type="checkbox"/> Wirtschaft	<input type="checkbox"/> Akademischer Bereich	
	Voraussichtliche Randomisierungsanzahl:	<input type="text"/>	Voraussichtliche Studiendauer (Monate):	<input type="text"/>
<b>Rechnungs- adresse</b>	Name/Org.:	<input type="text"/>		
	Adresse:	<input type="text"/>		
	PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
	Land:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
	E-mail:	<input type="text"/>		
<b>Zahlungsart</b>	Überweisung	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard	Kartennummer: <input type="text"/>
		Gültig bis (MM/JJ): <input type="text"/>	Lautend auf:	<input type="text"/>
<b>Zahlungsweise</b>	<i>(gleiche Bezeichnung wie auf der Kreditkarte)</i>			
	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich	Sonstige: <input type="text"/>
<b>Kontakt für administrative Belange</b>	<i>(für Ra) domisierungen, welche die im Basisbetrag inkludierte Anzahl übersteigen)</i>			
	Name:	<input type="text"/>		
	Telefon:	<input type="text"/>		
<b>Anmerkungen</b>	E-mail:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>			

Alle Felder wurden korrekt und vollständig ausgefüllt.

Der/Die UnterzeichnerIn erklärt, die AGB gelesen und akzeptiert zu haben.

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift

Name:	<input type="text"/>
Funktion:	<input type="text"/>

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz. [www.medunigraz.at](http://www.medunigraz.at)