Resursintyg INTUBE study

Kontaktperson för Intensivvårdsavdelningen på ……………………………………………………………………………

Namn ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Kontaktuppgifter………………………………………………………………………………………………………………………..

*Härmed intygas att på ……………………………………………, …………………………………………..*

 *finns resurser som garanterar forskningspersonernas säkerhet och integritet vid genomförandet av projektet INTUBE-study.*

 *”* ***IN****ternational observational study* ***T****o* ***U****nderstand the impact and* ***Be****st practices of airway management in critically ill patients”*

Behörig företrädare för huvudmannen ………………………………………………………………………………

Namn……………………………………………………………………………………Tjänstetitel………………………………………

Kontaktuppgifter ……………………………………………………………………………………………………………………….