**İyi Klinik Uygulamalar ve Mali Sorumluluk Taahhütnamesi**

**Tarih:**

**Araştırmanın Açık Adı:**

**Destekleyicinin Kod Numarası (Varsa):**

Yukarıda açık adı (ve gerekli ek bilgiler) verilen çalışmanın gönüllülere ait kişisel bilgilerin gizli tutulacağını, rutin dışı tetkiklerden doğacak masrafların hastaya veya kurumlara yansıtılmayacağını, araştırma sırasında meydana gelebilecek araştırmaya bağlı her türlü istenmeyen durumun tazmin edileceğini ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu’nda belirtilmiş olan temel prensiplere uyacağımı(zı) taahhüt ederim.

**Sorumlu/Koordinatör Araştırmacı**

**Unvanı, Adı ve Soyadı (Islak İmzalı)**

**Yardımcı Araştırmacılar:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı-Soyadı** | **Görevi** | **İmza** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |