**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**Ankara Etlik Şehir Hastanesi**

.../.../20..

**TAAHHÜTNAME**

Ankara Etlik Şehir Hastanesi; Gelir Tahakkuk Birim Sorumlusuna

’’……………………………………. ’’başlıklı yapılacak olan çalışmada tüm giderlerin …………(proje kodu yazınız) projesi kapsamında ve/veya tarafımdan ve/veya destekleyici firma tarafından karşılanacağını; klinik araştırmanın finansmanının herhangi bir şekilde kısmen ya da tamamen sağlık güvencesi veren sosyal güvenlik kuruluşlarına veya hastane döner sermayesine yansıtılmayacağını çalışmaya katılan aşağıda imzaları bulunan araştırmacılar olarak Helsinki Bildirgesinin, İyi Klinik Uygulamalar (IKU) Kılavuzu ve İyi Laboratuar Uygulamaları (ILU) Kılavuzunun güncel tarihlilerini okuduğumuzu, çalışmanın Helsinki Bildirgesi, İKU/İLU’ya uygun yürütüleceğini, çalışmada doğabilecek her türlü hukuki ve mali sorumluluğu üstlendiğimizi ve çalışmayla ilgili olarak çalışmaya katılan tüm birim ve elemanların bilgilendirildiğini beyan ve taahhüt ederiz.

Sorumlu Araştırmacı İmza

Yardımcı Araştırmacılar İmza

UYGUNDUR

İmza

Adı-Soyadı

Gelir Tahakkuk Birim Sorumlusu