**Klinik Araştırma Birimi**

Konu: Kurum Borcu Yoktur hakkında Tarih …/…/…

………….. Çalışma kodlu ………… Çalışma açık adı………………………………... Anabilim dalı ……………… bölümünde ……………..………… Araştırıcı…...………………..tarafından ………………..tarihinde başlatılan ………….. tarihinde biten ………………… Çalışmaya alınan gönüllü bilgileri (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi tarafından gönüllülere verilen kodlar) ……………..’ dır. Destekleyici / Yasal Temsilcisi ………………’nin yürütmüş olduğu klinik araştırmayı sonlandırmak istiyoruz. Klinik araştırma için yapılan sağlık hizmet ödemesi toplamı …………. TL’dir. Kurumunuzda yürütülen klinik araştırma ile ilgili borcu yoktur yazısını talep etmekteyiz.

Gereğinin yapılması hususu bilgilerinize arz talep ederiz.

Destekleyici / Yasal Temsilcisi OLUR

 Kaşe imza

**Klinik Araştırma Birimi**

Konu: Araştırmacı Borcu Yoktur hakkında Tarih …/…/…

………….. Çalışma kodlu ………… Çalışma açık adı………………………………... Anabilim dalı ……………… bölümünde ……………..………… Araştırıcı…...………………..tarafından ………………..tarihinde başlatılan ………….. tarihinde biten ………………… Çalışmaya alınan gönüllü bilgileri (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi tarafından gönüllülere verilen kodlar) ……………..’ dır. Destekleyici / Yasal Temsilcisi ……………………………’ nin yürütmüş olduğu klinik araştırmayı sonlandırmak istiyoruz. Klinik araştırma için yapılan araştırıcı ödemesi toplamı %20 KDV Dahil………….TL’dir. Kurumunuzda yürütülen klinik araştırma ile ilgili borcu yoktur yazısını talep etmekteyiz.

Gereğinin yapılması hususu bilgilerinize arz talep ederim.

**Kurumumuzda yürütülen, yukarıda yazılı olan klinik araştırmadan destekleyici / yasal temsilcisinden alacağım yoktur.**

Sorumlu Araştırıcı Destekleyici / Yasal Temsilcisi

 Kaşe imza Kaşe imza

OLUR