T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ   
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’na

……….. Polikliniğinde yapılması planlanan ‘………….’ isimli Tez çalışması / Tez dışı bilimsel araştırmasının ekte sunulan belgelerle beraber komisyonunuzda değerlendirilmesi için gereğini arz ederim.

Sorumlu Araştırmacı

Poliklinik adı

İmza

Telefon no ve e-mail adresi

ONAY

Başhekim