EK 9

SBÜ KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

“……………………………..…..” isimli araştırmamdaki gönüllülere/hastalara ait kişisel bilgilerin gizli tutulacağını, araştırmanın amacı dışında paylaşılmayacağı ve yayınlamayacağını,araştırma sırasında ve sonrasında meydana gelebilecek araştırmaya bağlı her türlü hukuki yaptırımın muhatabı olduğumu ve sonuçlarının tarafımca tazmin edileceğini taahhüt ederim.

 .... /…. /….
 Sorumlu Araştırmacı Adı-Soyadı İMZA

İletişim Bilgileri: