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

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

Sorumlu Araştırmacı

Klinik adı

İmza

Telefon no ve e-mail adresi

ONAY

Klinik Eğitim veya İdari Sorumlusu