

T.C.
HALİÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığına

“.....”
isimli araştırmamdaki fizyolojik aktivite gerektiren çalışmaların hekim nezaretinde yapılacağını
taahhüt ederim.

Sorumlu Araştırmacının

Tarih:

Adı-Soyadı:

İmza:

Adres ve İletişim Bilgileri: