T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU

Klinik Araştırmalar Dairesi Başkanlığı

|  |  |
| --- | --- |
| **Konu:**  | **Modüle Araştırma Kaydı** |

Aşağıda detayları bulunan araştırmayla ilgili bilgi ve belgeler tarafınıza sunulmaktadır.

|  |  |
| --- | --- |
| **Araştırmanın açık adı:**  |       |
| **Araştırma kodu (TİTCK kodu):**  |       |
| **Protokol kodu:** |       |
| **Destekleyici:**  |       |
| **Destekleyicinin yasal temsilcisi:**  |       |
| **Koordinatör:** |       |
| **Koordinatör merkez:** |       |
| **Uygunluk tarihi** |       |
| **Kapatılan merkezlere ait bilgi:** |       |

Başvuru dosyasına eklenen tüm dokümanların aslı ile birebir aynı olduğunu ve arama yapılabilir pdf olarak hazırlandığını,

Klinik Araştırmalar Modülünde beyan edilen bilgiler ile başvuruda sağlanan bilgilerin doğru olduğunu, araştırmanın son onaylı belge ve bilgilerine uygun olarak veri girişi yapıldığını,

Araştırmanın ait bilgilerin ticari sır ve kişisel verilerin gizliliğine riayet edilmek kaydıyla kamuya açık bir veri tabanı olan Klinik Araştırmalar Postalında yayımlanmasını kabul ve taahhüt ederim.

Yukarıda detayları verilen araştırmanın Klinik Araştırmalar Modülüne kayıt başvurusunun değerlendirilmesi saygılarımla arz ederim.

İmza Sahibinin Adı Soyadı

|  |  |
| --- | --- |
| Başvuru için iletişime geçilecek kişi: |  |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| E-posta:  |  |

**Ekler:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doküman** | **Tarih / Versiyon****Açıklama** |
| **1.** | İlk Uygunluk Yazısı Örneği(Koşul yerine getirme yazısı dahil) |  |