T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU

Klinik Araştırmalar Dairesi Başkanlığı

Bilgilendirme ve Koordinasyon Birimi

|  |  |
| --- | --- |
| **Konu:**  | Klinik Araştırmalarda Arşivleme Hizmeti Faaliyet İzni |
| **İlgi:**  |       |

Aşağıda detayları verilen klinik araştırmada arşivleme hizmeti ile ilgili başvuru formu ekte bilgilerinize sunulmaktadır.

|  |  |
| --- | --- |
| **Başvuru sahibi kurum/kuruluş** |       |
| **Arşivin adı** |       |
| **Arşiv sorumlusu** |       |

(Başvurunun içeriğini yazınız)

* Başvuru dosyasına eklenen tüm dokümanların aslı ile birebir aynı olduğunu ve arama yapılabilir pdf olarak hazırlandığını,
* Başvuruda sağlanan bilgilerin doğru olduğunu kabul ve taahhüt ederim.

Yukarıda detayları verilen başvurunun değerlendirilmesini ve gereğini saygılarımla arz ederim.

(ıslak imzalı üst yazılarda)

…./…./….

İmza/Kaşe

Adı Soyadı

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

**Ekler:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Doküman** | **Açıklama** |
| **1.** | Klinik Araştırmalarda Arşivleme Hizmetine İlişkin Başvuru Formu |  |
| **2.** |  |  |