|  |
| --- |
| **Toplantı Hakkında Genel Bilgi** |
| **Araştırmanın açık adı** | *Araştırmanın açık adını yazınız* |
| **Destekleyici** | *Destekleyicinin adını yazınız* |
| **Yasal temsilci** | *Varsa yasal temsilci adını yazınız* |
| **Koordinatör**  | *Koordinatörün ismini, telefon numarası ve e-posta adresini belirtiniz* |
| **TİTCK kodu** | *Varsa Kurum tarafından verilen kodu yazınız* |
| **Protokol kodu** | *Araştırmaya destekleyici tarafından verilen protokol kodunu yazınız* |
| **Toplantının amacı** | *Toplantının amacını kısaca yazınız* |

|  |
| --- |
| **Toplantı Yeri ve Zamanı** |
| **Şehir/Ülke adı** | *Toplantının yapılacağı şehir ve ülkeyi yazınız* |
| **Tarih** | *Toplantının yapılacağı tarihi yazınız* |
| **Toplantının süresi** | *Toplantının süresini yazınız* |

|  |
| --- |
| **Toplantıya Katılacak Kişiler** |

Toplantıya katılım sağlayacak kişileri belirtiniz[[1]](#footnote-1)

| **Sıra No** | **Adı- Soyadı** | **Çalıştığı Kurum** | **Araştırmadaki Görevi** | **İletişim Bilgileri** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |   |  |
|  |  |  |   |  |

|  |
| --- |
| **İlgili Belgeler** |

1. Varsa araştırmaya ait etik kurul onayı
2. Toplantı programı

**BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI**

**İş bu başvuru formuyla;**

* Formda belirtilen bilgilerin doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.[[2]](#footnote-2)

|  |  |
| --- | --- |
| Adı soyadı |  |
| Tarih (gün/ay/yıl olarak) |  |
| İmza | Bu form elektronik imza ile imzalanmıştır.[[3]](#footnote-3) |

1. *Etik kurul onayı olmayan araştırmalar için sadece koordinatör hekimi yazınız* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Başvurunun işleme alınabilmesi için, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu internet sitesinde yayımlanan başvuru ücretinin yatırılması gerekmektedir.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Elektronik imza sahibi olmayan gerçek kişilerin başvuru formunu ıslak imzalı olarak göndermeleri gerekmektedir.* [↑](#footnote-ref-3)