**KOORDİNATÖR SORUMLULUK DEVİR ve KABUL BELGESİ**

|  |
| --- |
| **Araştırmanın açık adı:**       |
| **Araştırma kodu (TİTCK kodu):**       |
| **Protokol kodu:**       |
| **Destekleyici:**       |
| **Destekleyicinin yasal temsilcisi:**       |

Yukarıda detayları bulunan araştırmayla ilgili olarak;

Koordinatör araştırmacı olarak araştırmada iyi klinik uygulamalarına, ilgili mevzuata, destekleyicinin kabul ettiği, etik kurulun onayladığı ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun izin verdiği araştırma protokolüne uygun şekilde görevlerimi yerine getirdiğimi ve “*merkez ismini yazınız*” merkezinden “*yeni koordinatör araştırmacının ismini yazınız*” görev ve sorumluluklarımı devrettiğimi beyan ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Adı soyadı |  |
| Görev yeri |  |
| Tarih (gün/ay/yıl olarak) |  |
| İmza |  |

Yukarıda detayları bulunan araştırmayla ilgili olarak;

Koordinatör araştırmacı olarak araştırmada iyi klinik uygulamalarına, ilgili mevzuata, destekleyicinin kabul ettiği, etik kurulun onayladığı ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun izin verdiği araştırma protokolüne uygun şekilde görevlerimi yerine getireceğimi ve koordinatör araştırmacıya ait bütün görev ve sorumlulukları devraldığımı kabul ve beyan ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Adı soyadı |  |
| Görev yeri |  |
| Tarih (gün/ay/yıl olarak) |  |
| İmza |  |