**İYİ KLİNİK UYGULAMALAR TAAHHÜTNAMESİ**

“…………………………………….” başlıklı çalışmanın “İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu” doğrultusunda yürütüleceğini taahhüt ederiz.

Sorumlu Araştırıcı Diğer Araştırmacılar

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

İmzası İmzası

Diğer Araştırmacılar

Adı Soyadı:

İmzası: