**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**SBÜ GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞINA**

“…………………..…………..…………………………………………………………………………………………………………….”

başlıklı çalışmanın gönüllülere ait kişisel bilgilerin gizli tutulacağını, rutin dışı tetkiklerden doğacak masrafların hastaya veya kurumlara yansıtılmayacağını, araştırma sırasında meydana gelebilecek araştırmaya bağlı her türlü istenmeyen durumun tazmin edileceğini ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu’nda belirtilmiş olan temel prensiplere uyacağımı(zı) taahhüt ederim.

Sorumlu Araştırıcının

Tarih:

Adı, Soyadı:

İmza:

Adres ve İletişim Bilgileri: