T.C. Sağlık Bakanlığı

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

İlaç ve Eczacılık Başkan Yardımcılığı

Klinik Araştırmalar Dairesi Başkanlığı

Uygunluk Değerlendirme Birimi

ANKARA Tarih

**Konu:** **Klinik Araştırma İlk Başvurusu**

Aşağıda detayları bulunan, ilgili başvuru formu ve belgeler bilgilerinize sunulmaktadır.

**Araştırmanın açık adı:**

**Koordinatörün adı soyadı:**

**Koordinatör merkezin adı:**

**Destekleyicinin adı:**

**Varsa destekleyicinin yasal temsilcisinin adı:**

Başvuru dosyasına eklenen dokümanların aslı ile birebir aynı olduğunu, arama yapılabilir pdf olarak hazırlandığını ve araştırmanın kişisel verilerin gizliliğine riayet edilmek kaydıyla kamuya açık bir veri tabanına kaydedildiğini taahhüt ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

\* Bu üst yazı örneğinin elektronik olarak imzalanması gerekmektedir. Elektronik imza sahibi olmayan gerçek kişilerin üst yazıyı ıslak imzalı olarak göndermeleri gerekmektedir.

*İMZA*

*AD-SOYAD*

**EK:**

1. İlk başvuru dosyası
2. İlgili başvuru formu