**ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU**

1. **BAŞVURUNUN YAPILDIĞI YER**

*Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna* veya *Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları* *Etik Kuruluna yapılacak olan başvurular için aynı form kullanılmalı ve ilgili kutu işaretlenmelidir.*

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Klinik Araştırmalar Etik Kurulu *(lütfen başvurunun yapıldığı etik kurulun adını ve ilini belirtiniz)*:

Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurulu *(lütfen başvurunun yapıldığı etik kurulun adını ve ilini belirtiniz)*:

Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu *(lütfen başvurunun yapıldığı etik kurulun adını ve ilini belirtiniz)*:

1. **BAŞVURUNUN ŞEKLİ**

İlk Başvuru

Yenileme

Düzeltme

1. **ARAŞTIRMAYA AİT GENEL BİLGİLER**
2. Araştırmanın açık adı ve varsa, protokol numarasını lütfen belirtiniz:
3. Koordinatörün/idari sorumlunun (tek merkezli araştırmalarda sorumlu araştırmacının) adı/soyadını ve iletişim bilgilerini lütfen belirtiniz:
4. Araştırmaya ülkemizden katılan merkez sayısını ve isimlerini lütfen belirtiniz:
5. Araştırmaya ülkemizden alınması planlanan toplam gönüllü sayısını belirtiniz:
6. Araştırmanın ülkemiz için ayrılan toplam bütçesini *(Türk Lirası cinsinden)* lütfen belirtiniz:
7. **BAŞVURUDAN SORUMLU DESTEKLEYİCİ**

*Destekleyicisi sorumlu araştırmacı olan araştırmalar için bu bölümün doldurulması gerekmemektedir.*

*Bu bölümde belirtilen tüm iletişim bilgilerinin güncel ve ulaşılabilir olması gerekmektedir.* *Ayrıca, destekleyiciye ait noter tasdikli imza sirkülerinin bir örneğini lütfen başvuru dosyasına ekleyiniz.*

Destekleyici kurum/kuruluşun adı ve iletişim bilgilerini temasa geçilecek kişinin adı ve soyadını da belirterek lütfen belirtiniz:

(Varsa) Destekleyicinin yasal temsilcisine ait kurum/kuruluşun adı ve iletişim bilgilerini temasa geçilecek kişinin adı ve soyadını da belirterek lütfen belirtiniz:

1. **HİZMET ALIMI**

*Bu bölümde belirtilen miktarları lütfen Türk Lirası cinsinden belirtiniz.*

1. Araştırma yerinden hizmet alımı varsa, alınacak hizmetleri, miktarlarını ve hangi bütçeden karşılanacağını lütfen belirtiniz, yoksa “yoktur” şeklinde belirtiniz:
2. Araştırma yeri dışından hizmet alımı varsa, alınacak hizmetleri, yerini, miktarlarını ve hangi bütçeden karşılanacağını lütfen belirtiniz, yoksa “yoktur” şeklinde belirtiniz:
3. **ÖDEMELER**

*Bu bölümde belirtilen miktarları lütfen Türk Lirası cinsinden belirtiniz.*

1. Araştırmayı tamamlayan her bir gönüllü için **araştırma kurumuna** ödenecek miktarı lütfen belirtiniz (çok merkezli araştırmalarda merkezler arasında ödeme şekli/tutarı arasında farklılık var ise, merkez isimlerini belirterek belirtiniz):
2. Araştırmayı tamamlayan her bir gönüllü için **araştırmacıya** ödenecek miktarı lütfen belirtiniz (çok merkezli araştırmalarda merkezler arasında ödeme şekli/tutarı arasında farklılık var ise, merkez isimlerini belirterek belirtiniz):
3. **Gönüllülere** bir ödeme yapılacak ise detaylı olarak açıklayınız ve çalışma boyunca gönüllüye ödenmesi planlanan maksimum ödeme miktarını belirtiniz:
4. Varsa, diğer ödemeleri ve miktarını belirtiniz:
5. **DESTEKLEYİCİNİN İMZASI**

*Bu bölüm destekleyicisi sorumlu araştırmacı olan araştırmalar içinde geçerlidir.*

İşbu bu bütçe formuyla,

* Formda belirtilen bilgilerin doğru olduğunu,
* Denenecek araştırma ürününün ücreti ve onunla ilgili olarak yapılacak test, laboratuvar vb. muayenelerin hiçbiri, varsa karşılaştırma ilacının veya araştırma ürününün ücreti ile karşılaştırma için kullanılan yerleşmiş (komparatör) ilacın/araştırma ürününün kullanılışı ile ilgili test, laboratuvar vb. muayenelerinin bedelinin kamuya ait fon ve bütçelerden veya özel sağlık sigortalarından karşılanmayacağını veya kişiye ödettirilmeyeceğini, projeyi/araştırmayı destekleyen kişi veya kuruluş tarafından ödeneceğini taahhüt ederim.

El yazısı ile adı ve soyadı:

Telefon numarası:

E-posta adresi:

Tarih (gün/ay/yıl olarak):…/…/….

İmza: