S.B.Ü. Konya Beyhekim Eğitim ve Araştirma Hastanesi’nde ...........… başlıklı çalışmamı yürütmek için başvurmuş bulunmaktayım. Yürüttüğüm çalışma esnasında, kurumun kurallarına uyacağımı, kapsam dışı hiçbir veri toplamayacağımı, veri toplarken kurumun ve kişilerin rızasını alacağımı, araştırma öncesinde (gerekli durumlarda) etik kurul izni ve / veya İl Sağlık Müdürlüğü ya da Sağlık Bakanlığından gerekli izinleri alacağımı, kurumun izin verdiği ………. süre içerisinde araştırmamı yürüteceğimi, araştırmamın uzaması halinde kurumdan Eğitim Planlama Kurulu kanalıyla yeniden izin alacağımı, S.B.Ü. Konya Beyhekim Eğitim ve Araştirma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu’nun uygun bulmadığı verileri yayımlamayacağımı, her 6 ayda Eğitim Planlama Kurulu’na Ara Rapor Formu’nu doldurup ileteceğimi, elde edilen verilerin sadece bu çalışmada kullanılabileceğini ve çalışma sona erdikten sonra 6 (altı) aylık süre içerisinde sonuç raporunun bir kopyasını elektronik ortamda ve doküman halinde Eğitim Planlama Kurulu’na vereceğimi, kurumumuzda gerçekleştirilen bilimsel faaliyetlerin sonucunda yayımlanan yayınlarda birinci isim afiliasyon bilgisinin yayınlanan makalede S.B.Ü. Konya Beyhekim Eğitim ve Araştirma Hastanesi olarak göstereceğimi taahhüt ederim.

Araştırmacılar minimum olarak bu şartları sağlamak zorundadırlar. Bu şartlar dışında çalışma bazında olası etik ve yasal problemlerde Eğitim Planlama Kurulu daha ileri araştırma ve soruşturma hakkına sahiptir.

 Yukarıdaki şartları okudum ve kabul ediyorum.

**Bilimsel Araştırmanın Yapılacağı Birim Sorumlu Araştırmacı**

**Eğitim Sorumlusu** (Adı ve Soyadı, İmza) Adı ve Soyadı

**İdari Sorumlusu** (Adı ve Soyadı, İmza) Bölümü/Ünvanı

 Tarih/İmza/Email/Mobil Telefon

**Başhekim**