1. **BAŞVURU SAHİBİ**

*Bu bölümde belirtilen tüm iletişim bilgilerinin güncel ve ulaşılabilir olması gerekmektedir.*

1. **Destekleyici bilgileri**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kurum / kuruluşun adı** |  |
| **Temasa geçilecek kişinin adı soyadı** |  |
| **Açık adresi** |  |
| **Telefon numarası** |  |
| **E-posta adresi** |  |

1. **(Varsa) Destekleyicinin yasal temsilcisine ait bilgiler**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kurum / kuruluşun adı** |  |
| **Temasa geçilecek kişinin adı soyadı** |  |
| **Açık adresi** |  |
| **Telefon numarası** |  |
| **E-posta adresi** |  |

1. **ARAŞTIRMA BİLGİLERİ**

|  |
| --- |
| **Araştırmanın açık adı** |
|  |
| **Protokol numarası/kodu** |  |
| **Araştırmaya Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) ve Etik Kurul (EK) tarafından verilen numara/kod** |
| **TİTCK** |  | **EK** |  |

1. **ARAŞTIRMA MERKEZLERİ**

*Gerekli durumlarda satır eklenebilir.*

|  |
| --- |
| **Araştırmaya ülkemizden katılan merkezleri belirtiniz:** |
|  |
|  |
|  |

1. **HİZMET ALIMI**

*Gerekli durumlarda satır eklenebilir.*

* 1. ***Türkiye’den alınacak hizmetler***

*Bir hizmetin hem araştırma merkezinden hem merkez dışından alınması durumlarında söz konusu hizmetin her iki bölümde de belirtilmesi gerekmektedir.*

|  |
| --- |
| 1. **Araştırma merkezinden alınacak hizmetleri ve sayılarını belirtiniz**
 |
| **İşlemin Adı** | **Bir gönüllü için işlem sayısı** |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Araştırma merkezleri dışından alınacak hizmetleri ve sayılarını belirtiniz**
 |
| **İşlemin Adı** | **Bir gönüllü için işlem sayısı** |
|  |  |
|  |  |

* 1. ***Türkiye dışından alınacak hizmetler***

|  |
| --- |
| 1. **Türkiye dışından alınacak hizmetleri ve sayılarını belirtiniz**
 |
| **İşlemin Adı** | **Bir gönüllü için işlem sayısı** |
|  |  |
|  |  |

1. **ÖDEMELER**

*Bu bölümde belirtilen miktarları Türk Lirası cinsinden belirtiniz.*

*Bu bölümde planlanan tutarlar belirtilecek olup gerçekleşen tutarlar ise sonlanım bildirimi ile sunulacaktır.*

*Gerekli durumlarda satır eklenebilir.*

|  |
| --- |
| 1. **Araştırmayı tamamlayan her bir gönüllü için araştırmacı ödemeleri hariç araştırma merkezine ödenecek miktarı belirtiniz:**
 |
| **Merkezin Adı** | **Tutar (1 gönüllü için)**  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Araştırmayı tamamlayan her bir gönüllü için araştırmacı adına araştırma merkezine ödenecek miktarı belirtiniz:**
 |
| **Merkezin Adı** | **Tutar (1 gönüllü için)** |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Gönüllülere ödeme yapılacak ise detaylı olarak açıklayınız ve çalışma boyunca bir gönüllüye ödenmesi planlanan maksimum ödeme miktarını belirtiniz:**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Varsa, diğer ödemeleri ve miktarını belirtiniz:**
 |
| **İşlem adı** | **Tutar**  |
|  |  |
|  |  |

1. **BÜTÇE KAYNAĞI**

|  |
| --- |
| **Araştırmacının kendisi** |[ ]
| **Finanse eden kurum/kuruluş***TÜBİTAK, Üniversite (BAP), DPT, Endüstri vb.* |[ ]
| **Açıklayınız:** |  |

1. **DESTEKLEYİCİNİN BEYANI (İMZASI)**

*Araştırma bütçe formunu imzalamaya yetkili kişiler tarafından imzalanmalıdır. Müşterek imza atılan durumlarda ilgili bölüm artırılabilir.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Araştırmanın ülkemiz için ayrılan toplam\* bütçesini belirtiniz***(Türk Lirası cinsinden)* |  |
| Bütçe / / tarihli işlem bedelleri göz önünde bulundurularak hesaplanmıştır.*\* Bir gönüllü için ayrılan toplam miktar değil tüm araştırma boyunca ülkemiz için ayrılan araştırmacı ödemeleri, merkez ödemeleri ve operasyonel giderlerin de dâhil olduğu toplam miktarın belirtilmesi gerekmektedir.* |

**İş bu bütçe formuyla;**

* Formda belirtilen bilgilerin doğru olduğunu,
* Araştırma konusu ile ilgili ödemelerin, araştırma boyunca yapılacak olan eş zamanlı tedavi ve araştırma kaynaklı kurtarma tedavilerinin gönüllüye ve Sosyal Güvenlik Kurumuna ödetilmeyeceğini, destekleyici (kişi veya kuruluş) tarafından ödeneceğini taahhüt ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| El yazısıyla adı soyadı |  |  |
| Telefon numarası |  |  |
| E-posta adresi |  |  |
| Tarih (gün/ay/yıl olarak) |  |  |
| İmza |  |  |