**ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU**

**1. ARAŞTIRMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Araştırmanın Açık Adı:  |  |
| Araştırmacıların Adı:  |  |

**2. ARAŞTIRMA BÜTÇESİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **HİZMET ALIMI** | Araştırma Giderleri  |
| **Araştırma Merkezinden alınacak hizmetler:**- Rutin muayene ve tedavi işlemleri. - Kan, idrar, doku vb gibi biyokimya, mikrobiyoloji ve patoloji materyali ile yapılan işlemler (laboratuvar testleri gibi). - Radyolojik görüntü, vb işlemler. | …………… TL |
| **Araştırma Merkezi dışından alınacak hizmetler:**- Aynı ve/ya başka bir şehirde farklı laboratuvarda yapılacak işlemler gibi. | …………… TL |
| **Gönüllülere verilecek hizmetler:**- Ulaşım ve hafif öğle yemeği gibi. | …………… TL |
| **Diğer** (seyahat, sarf malzemesi gibi): | …………… TL |
| **Araştırmanın toplam bütçesi :** | …………… TL |

**3. BÜTÇE KAYNAĞI**

|  |
| --- |
| Araştırmacının kendisi: |[ ]
| Finanse eden kurum/kuruluş: |  |
| Üniversite (BAP): |[ ]
| Eğitim ve Araştırma Hastanesi: |[ ]
| Türkiye Bilimsel Teknik ve Araştırma Kurumu (TÜBİTAK): |[ ]
| Devlet Planlama Teşkilatı (DPT): |[ ]
| Özel kuruluş: |[ ]
| Diğer: |[ ]

**İş bu bütçe formuyla;**

* Formda belirtilen bilgilerin doğru olduğunu,
* Araştırma protokolünde belirtilen yapılması öngörülen tüm işlem bedellerinin gönüllüye ve hastane döner sermayesine yansıtılmayacağını, kamuya ait fon, Sosyal Güvenlik Kurumu veya özel sağlık sigortalarından ödettirilmeyeceğini, söz konusu bedellerin projeyi destekleyen kişi/kuruluş veya tarafımdan karşılanacağını taahhüt ederim.

|  |
| --- |
| Sorumlu Araştırmacının(*el yazısıyla*) |
| Adı ve Soyadı: |  |
| Tarih:  |  |
| İmza: |  |