



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ASPAM
Etik Kuruluna

“.....” isimli araştırmamdaki fizyolojik aktivite gerektiren çalışmaların hekim nezaretinde yapılacağını taahhüt ederim.

Sorumlu Araştırmacının,

Adı, Soyadı:

Tarih:

İmza:

Hekimin,

Adı ve Soyadı:

T.C. Kimlik Numarası:

Diploma Numarası: