**T.C.**

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**

**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına**

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

Sorumlu Araştırıcının

Tarih:

Adı, Soyadı :

İmza:

Adres ve İletişim Bilgileri: