1. **ARAŞTIRMA BİLGİLERİ**

*Destekleyicinin ve varsa yasal temsilcisinin adını ve iletişim bilgilerini (adres, telefon, e-posta) yazınız.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Destekleyici** | | | | |
|  | | | | |
| **Yasal Temsilci** | | | | |
|  | | | | |
| **Araştırmanın açık adı** | | | | |
|  | | | | |
| **Protokol 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 dışındanalınacak hizmetleri ve sayılarını belirtiniz** | |
| **İşlemin Adı** | **Bir gönüllü için işlem sayısı** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Türkiye dışındanalınacak 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 yıllık bildirim ve sonlanım bildirimi ile sunulacaktır.*

*Gerekli durumlarda satır eklenebilir.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Araştırmayı tamamlayan her bir gönüllü için araştırmacı ödemeleri hariçaraştırma 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)* |  |
| *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 protokolü ile ilgili ödemelerin, araştırma protokolünde belirtilen araştırma boyunca yapılması öngörülendiğer eş zamanlı tedavi ve araştırma kaynaklı kurtarma tedavisi bedellerinin gönüllüye ve Sosyal Güvenlik Kurumuna ödetilmeyeceğini, destekleyici (kişi veya kuruluş) tarafından ödeneceğini taahhüt ederim.

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