|  |  |
| --- | --- |
| logo |  |
| **T. C.****SAĞLIK BAKANLIĞI****UŞAK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ****UŞAK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ** |
| **BİLİMSEL ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU** |
| Doküman No :EY.YD.005 | Yayım Tarih:16.12 2019 | Revizyon No:00 | Revizyon Tarihi:  | Sayfa No:1/1 |

**1.1:Bilimsel Araştırmanın Başlığı:**

**1.2- Bilimsel Araştırmanın Bütçesi** [ayrıntılı ve TL cinsinden verilmelidir) :

**1.3- Bilimsel Araştırma Bütçesinin Kaynağı :**[varsa destekleyen kurum/kuruluşun adını belirtiniz. Üniversite Araştırma Fonları, TÜBİTAK, DPT vb. kurumlarca karşılanacaksa ilgili yerlerden alınan onayın örneği etik kurula verilmelidir].

**1.4- Bilimsel Araştırmanın Yapılacağı Merkez :**

**1.5- Bilimsel Araştırmaya Alınacak Gönüllü Sayısı :**

**1.6- Bilimsel Araştırma Kurumu ve Gönüllülere ücret ödenecekse miktarı?**

**1.7- Bilimsel Araştırma Yerinden veya Dışından Hizmet Alımı Yapılacak mı ?**

[Sağlık Uygulama Tebliğinde olan ve olmayan-*danışmanlık, testler, bilgisayar işlemleri, baskı, iletişim, vb.-*hizmetler kastedilmektedir].

EVET [ ]  HAYIR [ ]

Evet ise; alınacak hizmetleri, miktarlarını, bütçesini belirtiniz: (Örneğin; 3 defa EKG, 2 defa CT gibi)

**1.8- Bilimsel Araştırma Yerinden veya Dışından Alınacak Hizmetler Araştırma Toplam Bütçesinden mi Karşılanacak?:**

 EVET [ ]  HAYIR [ ]

**1.9- Gönüllülerin Masrafları** (Ulaşım-yemek) **için Geri Ödeme Yapılacak mı ?**

 EVET [ ]  HAYIR [ ]

[yanıtınız evet kişi başına yapılacak ödemeyi yazınız].

**1.10- Diğer Ödemeler** [varsa belirtiniz] **:**

**1.11-Bilimsel Çalışmam esnasında ya da sonrasında bütçe de yer alan masraflar haricinde çalışmamdan kaynaklı giderler tarafımca karşılanacaktır.**

**1.12- Sorumlu Araştırmacı (Unvanı, Adı ve Soyadı, Çalıştığı Birim, Telefon, e-posta) :**

**Tarih:**

**İmza:**