

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	Doküman Adı: KADB-F.20-R.01
		Yayın Tarihi: 30.05.2013
		Sayfa No: 1/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Etik Kurula yapılacak olan başvurular için aynı form kullanılmalı ve ilgili kutu işaretlenmelidir.

A.1.	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	<input type="checkbox"/>
A.2.	Etik Kurul	<input type="checkbox"/>

B.1.	Araştırmanın açık adını belirtiniz:
B.2.	Varsa, protokol numarasını belirtiniz:

C.1.	Destekleyen kurum/kuruluşun adını belirtiniz:
C.2.	Destekleyen kurum/kuruluşun açık adresini belirtiniz:

D.1.	Varsa destekleyicinin yasal temsilcisinin adını belirtiniz:
D.2.	Varsa destekleyicinin yasal temsilcisinin açık adresini belirtiniz:

E.1.	Koordinatörün (tek merkezli araştırmalarda sorumlu araştırmacının) unvanı/adı/soyadını belirtiniz:
E.2.	Koordinatörün açık adresini belirtiniz:

F.1.	Araştırmaya ülkemizde katılan merkez sayısını belirtiniz:
F.2.	Ülkemizdeki araştırma merkezlerinin adlarını belirtiniz:

G.1.	Araştırmaya ülkemizden alınması planlanan toplam gönüllü sayısını belirtiniz:30 hasta
------	---

H.1.	Araştırmayı tamamlayan her bir gönüllü için araştırma kurumuna ödenecek miktarı belirtiniz:
H.1.1.	Çok merkezli araştırmalarda merkezler arasında ödeme şekli/tutarı arasında farklılık varsa merkez isimleri ile belirtiniz:

I.1.	Araştırmayı tamamlayan her bir gönüllü için araştırmacıya ödenecek miktarı belirtiniz
I.1.1.	Çok merkezli araştırmalarda merkezler arasında ödeme şekli/tutarı arasında farklılık varsa merkez isimleri ile belirtiniz:

İ.1.	Araştırma yerinden hizmet alımı	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
------	---------------------------------	------------------------------	------------------------------

İ.2.	Araştırma yeri dışından hizmet alımı	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
------	--------------------------------------	------------------------------	------------------------------

J.1.	Araştırma yerinden alınacak hizmetler araştırma toplam	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
------	--	-------------------------------	--------------------------------

 TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	Doküman Adı: KADB-F.20-R.01
		Yayın Tarihi: 30.05.2013
		Sayfa No: 2/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

	bütçesinden mi karşılanacak?		
J.1.1.	Evet ise; alınacak hizmetleri ve miktarlarını belirtiniz: (Örneğin; 3 defa EKG, 2 defa CT gibi)		

J.2.	Araştırma yeri dışından alınacak hizmetler araştırma toplam bütçesinden mi karşılanacak?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
J.2.1.	Evet ise; alınacak hizmetleri ve miktarlarını belirtiniz: (Örneğin; 3 defa EKG, 2 defa CT gibi)		

K.1.	Gönüllülere yapılacak ödemeler		
K.1.1.	Gönüllülerin masraflarının geri ödenmesi şeklinde ödemeler	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
K.1.1.1.	Var ise; (Ulaşım ve hafif öğle yemeği gibi) çalışma boyunca gönüllüye ödenmesi planlanan maksimum ödeme miktarını belirtiniz:		

L.1.	Diğer ödemeler	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
L.1.1.	Varsa, belirtiniz:		

M.1.	Araştırmanın ülkemiz için ayrılan toplam bütçesini belirtiniz:
-------------	---

N.1.	Gelirlerin kaynağı	
N.1.1.	Destekleyici	<input type="checkbox"/>
N.1.1.1.	Belirtiniz.	
N.1.2.	Araştırma fonları	<input type="checkbox"/>
N.1.2.1.	Belirtiniz.	
N.1.3.	Kurum genel bütçesi	<input type="checkbox"/>
N.1.3.1.	Belirtiniz.	
N.1.4.	Diğer kaynaklar	<input type="checkbox"/>
N.1.4.1.	Belirtiniz.	

O.1.	Araştırma bütçe formuna eklenen belgelerin listesi	
O.1.1.	Varsa, daha önce ret edilen etik kurul kararının aşı veya aşı gibidir onaylı örneği sunulmalıdır.	
O.1.2.	Güncel imza sirküleri	<input type="checkbox"/>

Denenecek araştırma ürününün ücreti ve onunla ilgili olarak yapılacak test, laboratuvar vb. muayenelerin hiçbiri, varsa karşılaştırma ilacının veya araştırma ürününün ücreti ile karşılaştırma için kullanılan yerleşmiş (komparatör) ilacın/araştırma ürününün kullanılışı ile ilgili test, laboratuvar vb. muayenelerinin bedelinin kamuya ait fon ve bütçelerden veya özel sağlık sigortalarından karşılanmayacağını veya kişiye ödetilmeyeceğini, projeyi destekleyen kişi veya kuruluş tarafından ödeneceğini taahhüt ederim.

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	Doküman Adı: KADB-F.20-R.01
		Yayın Tarihi: 30.05.2013
		Sayfa No: 3/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Destekleyicinin veya yasal temsilcisinin el yazısıyla unvanı/adı/soyadı	
Açık adresi	
Telefon numarası	
Faks numarası	
E-posta adresi	
Tarih (gün, ay, yıl olarak belirtiniz)	
İmza*	

*İmza sahibi imza sirkülerinde belirtilen yetkili kişi/kişiler olmalıdır.

**Ödemeler, çalışmaya alınan gönüllü sayısı, gerçekleşen ziyaret ve tetkik bedellerine göre yapılacaktır.

***Bütçe, GG/AAA/YYYY tarihli koordinatör merkezin tetkik bedelleri göz önünde bulundurularak hesaplanmıştır. Destekleyici çalışma sürecince gerçekleşecek fiyat değişikliklerini ödemeyi taahhüt eder.