

**T.C.**

**ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**

**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına**

“.....”

.....” isimli araştırmamdaki fizyolojik aktivite gerektiren

çalışmaların hekim nezaretinde yapılacağını taahhüt ederim.

Sorumlu Araştırmacının

Tarih:

Adı, Soyadı :

İmza:

Adres ve İletişim Bilgileri: