Ime i prezime voditelja istraživanja/projekta

Naziv ustanove

Adresa ustanove

Etičko povjerenstvo

Medicinski fakultet Osijek

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

J. Huttlera 4, 31000 Osijek

Mjesto, datum

**Izjava voditelja istraživanja/projekta o etičnosti istraživanja**

Kao glavni istraživač/nositelj projekta pod punom moralnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da će se istraživanje (u sklopu projekta) „\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_(*naziv istraživanja/projekta*)“ (*kojeg financira/ju*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_, obaviti u skladu sa svim primjenjivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom istraživanju, uključujući Osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14) i Zakon o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08). Obvezujem se da će identitet ispitanika uvijek ostati anoniman. Sva moguća odstupanja od Etičkih načela prijavit ću pravodobno nadležnom Etičkom povjerenstvu za istraživanja Medicinskog fakulteta Osijek.

Ime i prezime voditelja istraživanja

Vlastoručni potpis