**Sorumlu Araştırmacı Bilgileri\*:**

Adı- Soy Adı:

Kurum Sicil No:

Kurum/Üniversite Adı:

Bölüm:

İletişim telefon:

**Araştırmaya/Projeye Ait Bilgiler:**

Kullanımı talep edilen laboratuvar:  Mikrobiyoloji – Farmakoloji  Kök Hücre

Doku Takip ve Görüntüleme  Fizyoloji Nöroanatomi Kardiyovasküler Araştırma

Kullanım talep edilen gün ve saatler:

Çalışmaya katılacak diğer kişiler:

Biriminiz imkânlarından yukarda talep ettiğim zamanlarda faydalanmak istiyorum. Talep ettiğim alanlar dışında çalışmayacağımı deney hayvanları üretim kısmına girmeyeceğimi ve çalışma sürecinde meydana gelecek kusurlarımıza bağlı zararları karşılayacağımızı taahhüt ederim.

**Araştırmacı İmzası ……/…../2019**

\*; Araştırma ve Uygulama Merkezini kullanacak tüm araştırmacılar için bir form doldurulacaktır.

(ÇOMÜ akademik personeli olmayan kişilerin kimlik fotokopilerini bu forma eklemeleri gereklidir)