# İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**BÜTÇE TAAHHÜTNAMESİ**

…../…../20….

# BÜTÇE TAAHHÜTNAMESİ

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı bulunan kurum/kuruluşlarda ‘’.............…...................................................…………………………………………………………

……………………………………………………….……………………..’’ konulu çalışmamı / projemi / tezimi / yürütmek için başvurmuş bulunmaktayım.

Araştırma kapsamında, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde yürütmeyi talep ettiğim çalışma esnasında, bu çalışmaya özel rutin dışı ekstra bütçe gerektiren işlemlerin hiçbirini kişiye ve kuruma ayni ve nakdi olarak ödettirmeyeceğimi, gerekebilecek işlemlerin bütçesinin şahsım tarafından karşılanacağını taahhüt ederim.

|  |
| --- |
| **Sorumlu Araştırmacı:** |
| Adı Soyadı: |  |
| T.C. Kimlik No | : |
| Adresi: |  |
| Mobil Tel: E-Posta: |  |
| İmza |  |

|  |
| --- |
| **Yardımcı Araştırmacı:** |
| Adı Soyadı: |  |
| T.C. Kimlik No | : |
| Adresi: |  |
| Mobil Tel: E-Posta: |  |

F19/SH-ETB Yayın Tarihi: 14.08.2020 Rev. Tarihi/No: 00.00.0000/00 1/1