Ethikkommission der

Medizinischen Universität Graz

Neue Stiftingtalstraße 6

8010 Graz

T +43 316 385 71400

ethikkommission@medunigraz.at

Absender

*(Institution*

*Titel und Name*

*Abteilung*

*Straße*

*PLZ Ort)*

*Ort, Datum*

**Antrag auf Gebührenbefreiung**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender!

Für das vorliegende Projekt mit dem Studientitel *Titel eintragen*

wird um Befreiung des Bearbeitungsbeitrages für die Begutachtung durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz ersucht.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass folgende Voraussetzungen für das vorliegende Projekt zutreffen:

* Die Rohdaten und Forschungsergebnisse bleiben ausschließlich beim (akademischen) Sponsor.
* Es erfolgt kein Zugriff auf die erhobenen Rohdaten durch Dritte.
* Es erfolgt keine Honorierung der Studienmitarbeiter\*innen am Prüfzentrum durch Dritte.
* Es stehen keine finanziellen Mittel zur Verfügung, die Gebühren für die Ethikkommission zu entrichten.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Leiterin / des Leiters der jeweiligen Einrichtung (Klinik / Abteilung / Institut,..)