

Absender
(Institution
Titel und Name
Abteilung
Straße
PLZ Ort)

**Ethikkommission der
Medizinischen Universität
Graz**

Neue Stiftingtalstraße 6
8010 Graz

T +43 316 385 71400
ethikkommission@medunigraz.at

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,..)