



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
(SUVAM) OMÜ SUVAM PROJESİ BAŞVURU FORMU ¹



***** Bu form, BAP Otomasyon Sistemi (bap.omu.edu.tr) linkinden online olarak doldurulmalıdır.**

PROJE NO :	
-------------------	--

¹ : Proje önerisinin Ar-Ge kapsamında olup olmadığına araştıracının bağlı bulunduğu birim/fakülte Ar-Ge Kurulu karar vermektedir. Ar-Ge kapsamında değerlendirilen projelerde kurul kararı ek olarak verilmelidir. Ar-Ge Kurul Kararı eklenmeyen proje önerilerinde araştırmacı ödemesi kesintisi farklı olacaktır.

Önerilen Başlangıç Tarihi	
Önerilen Bitiş Tarihi	

Araştırmamanın Adı			
Araştırmamanın yapılmasını destekleyen ve isteyen taraf (ADİT)			
ADİT Temsilcisinin Adı Soyadı			
ADİT Temsilcisinin Görevi		Adres	
Vergi No		Telefon	
E-posta		Faks	
IBAN No		Toplam Bütçe	
Fazlar	☐ Faz I ☐ Faz II ☐ Faz III ☐ Faz IV		

Araştırmada Kullanılacak İlaç Adı	
Proje Yürütücüsü Unvanı, Adı, Soyadı	
Ana Bilim Dalı	
Yardımcı Araştırmacı Unvanı, Adı, Soyadı	
Ana Bilim Dalı	

1. KURUMDA SATINALINACAK, RUTİNDE UYGULANAN HİZMETLER (Öğretim üyesi katkı payı verilecekse her bir işlem için belirtiniz.)	
a) Muayene	
b) Tanısal girişimler	
c) Tedavi girişimleri	
d) Çalışmaya Alınacak Toplam Hasta Sayısı	

2. TOPLAM BEDELİN HESAPLANMASI	
a) Hasta başına (Tüm harcamalar dahil)	
b) Tüm araştırma için (hedeflenen hasta sayısı için)	
c) Araştırmamanın Toplam Bütçesi	



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
(SUVAM) OMÜ SUVAM PROJESİ BAŞVURU FORMU ¹



3. KURUMDA SATINALINACAK, RUTİNDE UYGULANMAYAN HİZMETLER (Ücretlendirilmeleri için gerçekleştirci birim sorumlularının fizibilite raporları geçerlidir.)		
Var	Yok	Açıklama

4. ARAŞTIRMA KAPSAMINDA KURUM DIŞI GERÇEKLEŞTİRİLECEK TETKİK YA DA TEDAVİ İŞLEMLERİ		
Var	Yok	Açıklama

5. PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ VE YARDIMCI ARAŞTIRMACIYA ÖDENECEK ÜCRETLER (Onurlandırma (Şerefiye) Ücretleri; hasta başına veya toplam olarak belirtiniz.)	
Proje Yürütücüsü Unvanı, Adı, Soyadı	
Vergi No / T.C. Kimlik No / IBAN No	
Miktar	
Açıklamalar	
Yardımcı Araştırmacı Unvanı, Adı, Soyadı	

6. ÖDEME PLANI	
a) Toplam bedel avans olarak başlangıçta ödenecektir.	☐
b) Toplam bedel bölünmüş dilimler şeklinde avans olarak ödenecektir.	☐
c) Faturalar karşılığında ödenecektir. Açıklama: Ödemeler 3 ay ara ile kesilecek faturalara istinaden 45 gün içinde yapılacaktır.	☐

7. FAALİYET SÜRECİNİN YÜRÜTÜLECEĞİ BİRİM	
a) Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Döner Sermayesi	☐
b) OMÜ-TTO A.Ş.	☐

KLİNİK ARAŞTIRMA BİRİMİ ONAYI

Yapılması planlanan projenin uygunluğunu ve maddi destek planlaması verilerini inceledim.

Klinik Araştırma Birimi		
Unvan, Adı, Soyadı	Tarih	İmza

OMÜ - SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ

Merkez Müdürü		
Unvanı, Adı, Soyadı	Tarih	İmza

Proje Yürütücüsü		
Unvanı, Adı, Soyadı	Tarih	İmza

ADİT Temsilcisi		
Unvanı, Adı, Soyadı	Tarih	İmza