Ime, prezime i titula mentora:

Radno mjesto mentora:

Adresa radnog mjesta mentora:

E-mail adresa mentora:

Mjesto i datum:

**Etičko povjerenstvo Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

**Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku**

**Predmet:** Izjava mentora o prihvaćanju mentorstva, nadziranju realizacije istraživanja i izrade (završnog/diplomskog/doktorskog rada)

Prihvaćam biti mentor (ime i prezime pristupnika/ce) te nadzirati realizaciju izrade (završnog/diplomskog/doktorskog rada) pod naslovom (naslov rada) te se obvezujem da će se istraživanje provesti u skladu sa svim primjenjivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom istraživanju uključujući Osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 , 154/14) i Zakon o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08). Obvezujem se da će identitet ispitanika uvijek ostati anoniman.

Kao mentor predloženog rada istraživanja obvezujem se nadzirati provođenje samog istraživanja, kao i izradu (završnog/diplomskog/doktorskog rada) pristupnika.

S poštovanjem,

Mentor: (ime, prezime i titula)

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

 Potpis