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 etičnosti istraživanja

Izjavljujem i potpisom potvrđujem, kao mentor predloženog istraživanja (ime istraživanja) kojeg u izradu svog (završnog/diplomskog/doktorskog rada) provodi (ime i prezime pristupnika/ce), (naziv studija), kako predloženo istraživanje smatram u potpunosti prikladnim s obzirom na etičke standarde propisane za znanstvena istraživanja u medicini, 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).

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

Mentor:

(ime, prezime i titula)

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

Potpis