

**સૂચિત સંમતિ પત્ર**  
**સંસ્થાકીય આચાર સમિતિ**  
**એચ.એમ. પટેલ સેન્ટર ફોર મેડિકલ કેર એન્ડ એજ્યુકેશન, કરમસદ**

સંશોધનનું શીર્ષક:

સંશોધનનો ક્રમાંક (લાગુ પડે તો):

ભાગ લેનારના આધાક્ષર:

ભાગ લેનાર વ્યક્તિનું નામ:

જન્મ તારીખ/ ઉમર:

- (૧) હું પુષ્ટિ કરું છું કે મેં તારીખ..... ના રોજ ઉપરોક્ત સંશોધન માટેની માહિતી પત્રિકા વાંચી અને સમજી છે. અને મને પ્રશ્નો પૂછવાની તક મળેલી છે. [ ]
- (૨) હું સમજું છું કે આ સંશોધનમાં મારું ભાગ લેવાનું સ્વૈચ્છિક છે અને હું કોઈપણ સમયે, કોઈપણ કારણ આપ્યા વગર આ સંશોધનમાં થી મારી સંમતિ પાછી ખેંચી શકું છું. તેનાથી મારી તબીબી સારસંભાળ/ શૈક્ષણિક સેવાઓ ના કાનૂની હકોને કંઈ અસર થશે નહીં. [ ]
- (૩) હું સમજું છું કે હું આ સંશોધન માંથી મારું નામ પાછી ખેંચી લઉ તો પણ આ સંશોધનના સંશોધકો, આચાર સમિતિ અથવા કાયદાકીય સત્તાવાળાઓ ને મારા આરોગ્ય/ શૈક્ષણિક રેકોર્ડ, આ સંશોધન અથવાકે આનાથી સંબંધિત આગળની કોઈ સંશોધના વપરાશ માટે મારી મંજૂરીની જરૂર રહેશે નહિ. હું આ શરતો સાથે સંમત છું. મને જાણ કરેલ છે કે ત્રીજા પક્ષને પ્રસિધ્ધ કરેલી માહિતીમાં મારી ઓળખને જાહેર કરવામાં નહીં આવે. [ ]
- (૪) હું આ સંશોધનમાંથી ઉદભવેલી માહિતી કે પરિણામો ના ઉપયોગને સીમીત નહીં કરું, જો તેનો ઉપયોગ ફક્ત વૈજ્ઞાનિક હેતુ (ઓ) માટે જ હોય તો. [ ]
- (૫) હું ઉપર્યુક્ત સંશોધનમાં ભાગ લેવા સંમત છું. [ ]

ભાગ લેનાર/ કાયદાકીય સ્વીકૃત પ્રતિનિધિની સહી (અથવા હાથના અંગૂઠાનું નિશાન):..... તારીખ: .....

ભાગ લેનાર વ્યક્તિનું નામ: .....

સંશોધકની સહી: ..... તારીખ: .....

સંશોધકનું નામ: .....

સાક્ષીની સહી (લાગુ પડે તો):..... તારીખ: .....

સાક્ષીનું નામ: .....

સંશોધનનું શીર્ષક: