אישור השותף הפרה-קליני

**לכבוד:**

**ועדת מחקר של הפקולטה לרפואה**

הגשה לקרן המחקר המשותפת/ לקרן לרופאים ללא מינוי אקדמי

**אני מאשר/ת הצטרפותי לבקשה למענק מחקר מקרן המחקר המשותפת**

|  |  |
| --- | --- |
| **המוגשת על ידי** |  |
|  |  |
| **בנושא** |  |

**בברכה,**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **שם מלא** |  | **כתובת דוא"ל** |
|  |  |  |
| **תאריך** |  | **חתימה** |