



<b>KULLANILACAK CİHAZIN ADI / NAME OF THE DEVICE:</b>	
<b>KULLANIM AMACI / PURPOSE OF USAGE:</b>	
<b>KULLANIM TARİHİ / DATE OF USE:</b>	<b>KULLANIM SÜRESİ/DURATION OF USE:</b>
<b>ÇALIŞMANIN SORUMLUSU / PERSON IN CHARGE OF STUDY:</b>	
<b>CİHAZI KULLANACAK KİŞİNİN ADI-SOYADI: NAME-SURNAME OF THE PERSON WHO WILL USE THE DEVICE:</b>	
<b>İMZA/SIGNATURE:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cihaz için gerekli sarf malzemeler tarafımdan sağlanacaktır. <input type="checkbox"/></li><li>• I will provide the necessary equipment. <input type="checkbox"/></li></ul> <p>(Çalışma tamamlandıktan sonra doldurulacaktır. This form will be filled in after the study is completed.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cihazı çalışır durumda teslim aldığımı ve çalışır durumda teslim ettiğimi beyan ederim. <input type="checkbox"/></li><li>• I received the device in working condition and I declare that I handed it over in working condition. <input type="checkbox"/></li></ul>	
<b>BÖLÜM ONAYI / APPROVAL OF DEPARTMENT:</b>	
<b>DEKAN ONAYI / APPROVAL OF THE DEAN:</b>	
<b>TARİH / DATE:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cihazı kullanmak için lütfen randevu alınız. / Please make an appointment in advance to use the device. <b>İletişim/Contact:</b> Laboratuvar Teknisyeni / Lab Technician İLKNUR YILDIRIM <b>Tel No :</b> 0392 630 31 78 <b>e-mail :</b> ilknur.yildirim@emu.edu.tr</li></ul>	
<b>ECZACILIK FAKÜLTESİ DEKANLIK ONAYI: FACULTY OF PHARMACY APPROVAL OF THE DEAN:</b>	