Meno a priezvisko....................................................................................................................................

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

odbor ............................................................................................

e-mail: ................................................................... tel. č.: .................................................

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

**Etická komisia pre biomedicínsky výskum SZU**

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Limbová 12

833 03 Bratislava

V Bratislave dňa ..............................................

**Žiadosť o posúdenie záverečnej práce**

Vážení členovia EKBV SZU,

touto cestou si Vás dovoľujem požiadať o posúdenie bakalárskej/ diplomovej\* práce: ..................................................................................................................................................

Etickou komisiou pre biomedicínsky výskum SZU.

Prílohy:

1. Protokol záverečnej práce
2. Prehlásenie o etike výskumu a ochrane osobných údajov
3. Informácia pre účastníka projektu/ štúdie
4. Informovaný súhlas
5. Dotazník (ak projekt / štúdia obsahuje)

S pozdravom

...............................................

Meno a priezvisko

\* Nehodiace sa škrtnite