Enota za raziskovalno in izobraževalno dejavnost

**Obrazec 2: Potrdilo o plačilu pristojbine (v primeru, da se raziskava pošlje za pridobitev soglasja KME)**

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko Ministrstvo za zdravje

Štefanova 5,

1000 Ljubljana

* 1. aslov: gp.mz@gov.si (v vednost kme.mz@gov.si)

Zadeva: **Izjava o plačilu pristojbine**

Izjavljamo, da smo dne

vloge in izdajo soglasja na KME za raziskavo št.

izvedli plačilo pristojbine za obravnavo

, polni naslov

raziskave , odgovornega raziskovalca

 .

Pristojbina je bila plačana v skladu s 4. točko Uredbe o pristojbinah Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko:

tip soglasja (možnosti 1 2 3 4 5 6 *(obkroži)*)…, število točk: , vrednost (v EUR).

Podpis vodje računovodstva:

Kraj in datum:



# Povezani dokumenti

[NAV – 616 Povzetek navodil KME](http://onko-gc/gcprod/Pages/Common/OpenContent.aspx?documentID=57290)

# Podrejeni dokumenti