

Kostenübernahmeerklärung

Studententitel:.....

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

Wir erklären uns bereit, die Verfahrenskosten für die Bewertung der o. g. Studie und nachträgliche Änderungen durch die Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer auf Grundlage der aktuellen Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer zu tragen.

Rechnungsanschrift:

Ggf. abweichende Postanschrift:

Datum

Unterschrift