Wrocław, data …………………………..

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY**

**NA UDZIAŁ W EKSPERYMENCIE MEDYCZNYM**

1. Potwierdzam, że zapoznałam/em się z:

* „Informacją o eksperymencie medycznym”
* „Informacją o sposobie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych”

**Dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na mój udział w eksperymencie medycznym pn.:**

*„………………………………………………………………………………………….………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*”

1. Przekazaną mi informację zrozumiałem i miałam/em możliwości zadawania pytań oraz że udzielono mi niezbędnych odpowiedzi i wyjaśnień.
2. Jestem świadoma/y zagrożeń i korzyści związanych z udziałem w eksperymencie medycznym.
3. Rozumiem, że mój udział jest dobrowolny, oraz że mogę się wycofać z udziału w eksperymencie  
   w dowolnym momencie bez podania przyczyny.
4. **Wyrażam zgodę[[1]](#endnote-1)**, by dla kontroli poprawności wykonania eksperymentu medycznego przedstawiciele krajowych, zagranicznych lub międzynarodowych instytucji nadzorujących eksperyment, mieli wgląd w moje dane osobowe oraz dokumentację medyczną (dane dotyczące mego stanu zdrowia) pod warunkiem, że są oni związani z eksperymentem.
5. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** związanych z udziałem w wyżej wymienionym eksperymencie medycznym przez osobę/podmiot wskazany w „Informacji o eksperymencie medycznym” jako przeprowadzający ten eksperyment.
6. Wyrażam zgodę i potwierdzam, że w przyszłości wyniki niniejszego eksperymentu medycznego mogą posłużyć do przygotowania publikacji naukowych, a dane w nich dostępne będą użyte jedynie w postaci anonimowej.

…………………………………………

**imię i nazwisko badanego, podpis**

……………………………..

imię i nazwisko badacza, podpis

1. Zgoda wymagana dla badań klinicznych, w przeciwnym razie można wykreślić [↑](#endnote-ref-1)