Wrocław, dnia .................

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

*stopień naukowy,*

*imię i nazwisko badacza, jednostka organizacyjna*

## Tytuł projektu badawczego:

## ....................................................................………………........................................

# OŚWIADCZENIE BADACZA

**zobowiązanie do zachowania anonimowości danych**

Niniejszym oświadczam, że wszystkie dane osobowe i medyczne pozyskane od uczestnika badania i/lub administratora Jego danych osobowych   
tj. ……………………………………………………………………………………………………………………………... *(nazwa i adres podmiotu)* oraz z kart informacyjnych   
i innych dokumentów medycznych przydatnych dla powyższego eksperymentu medycznego zostaną wykorzystane przeze mnie anonimowo, wyłącznie w celu realizacji w/w eksperymentu, a także w celach archiwalnych i statystycznych   
- w postaci zanonimizowanej.

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

podpis badacza, pieczątka