**OŚWIADCZENIE O PRZYJĘCIU PRZEZ UCZESTNIKA/przedstawiciela ustawowego uczestnika małoletniego/przedstawiciela uczestnika małoletniego, który ukończył 13 rok życia\***

**WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

(niepotrzebne skreślić)

1. Tytuł projektu eksperymentu medycznego/badania medycznego:

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

1. Imię i nazwisko badacza:

……………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

1. Imię i nazwisko uczestnika/(wiek) uczestnika małoletniego\* eksperymentu medycznego:

(niepotrzebne skreślić)

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

1. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego uczestnika małoletniego:

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

Niniejszym oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y przez badacza o ubezpieczeniu udziału osoby małoletniej w wyżej wymienionym eksperymencie medycznym/badaniu i jestem świadom praw przysługujących małoletniemu z tego tytułu. Przyjmuję tę informację do wiadomości.

|  |  |
| --- | --- |
| ...........................................................(podpis przedstawiciela ustawowego uczestnika małoletniego, w tym małoletniego, który ukończył 13 rok życia)...................., data ........................... | ...........................................................(podpis uczestnika małoletniego, który ukończył 13 rok życia)...................., data ........................... |

………………………………………………………..

(podpis badacza)

...................., data ...........................