**OŚWIADCZENIE O PRZYJĘCIU PRZEZ UCZESTNIKA WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

1. Tytuł projektu eksperymentu medycznego/badania medycznego

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

1. Imię i nazwisko badacza

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

**OŚWIADCZENIE**

Imię i nazwisko uczestnika eksperymentu medycznego/badania medycznego

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

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

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

(podpis badanego)

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

………………………………………………………..

(podpis badacza)

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