Załącznik do wniosku do Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego

 **OŚWIADCZENIE O PRZYJĘCIU**

**WARUNKÓW ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

**Imię i nazwisko uczestnika eksperymentu medycznego:**

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

**Adres:**

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

**Tytuł eksperymentu medycznego:**

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

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

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

**Imię i nazwisko lekarza kierującego eksperymentem medycznym:**

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

**Niniejszym oświadczam, że:**

1. Zostałem/am poinformowany/a, że badanie, którego jestem uczestnikiem objęte jest polisą obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej o nr…………………………………………, wystawioną przez ……………………………………………..
2. Po zapoznaniu się z treścią polisy akceptuję warunki w niej zawarte.
3. Zostałem/am także poinformowany/a, że polisa jest dostępna do wglądu w ośrodku badawczym.
4. 1 egz. niniejszego dokumentu otrzymałem/am

**………………………………….. …………………………………..**

[Imię i nazwisko Uczestnika] [Data i podpis Uczestnika]

**………………………………….. …………………………………..**

[Imię i nazwisko Badacza] [Data i podpis Badacza]