

Numer wniosku/
(wypełnia Komisja Bioetyczna)

OŚWIADCZENIE O PRZYJĘCIU PRZEZ UCZESTNIKA WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

Tytuł badania:

- Potwierdzam, że zapoznałem(-am) się z zakresem ubezpieczenia (treścią polisy) oraz akceptuję warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego będącego podmiotem przeprowadzającym eksperyment medyczny, za szkody wyrządzone jego działaniem lub zaniechaniem, uczestnikowi oraz osobie, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć, zgodnie z umową ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej nr P O L I S Y
- Jestem świadomy(-a), że podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny będzie objęty ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej przez cały czas trwania eksperymentu zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

Uczestnik badania

Rodzic/opiekun dziecka

Dziecko >13 rż

.....

.....

.....

IMIĘ i NAZWISKO

IMIĘ i NAZWISKO

IMIĘ i NAZWISKO

.....

.....

.....

Data /podpis

Data /podpis

Data /podpis

BADACZ

.....

Data /podpis /pieczęć