Załącznik nr 5 do wniosku

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

**Tytuł eksperymentu**: ...……………………………………….……………………..……………………………

Oświadczam, że zostałam poinformowana /zostałem poinformowany, że eksperyment medyczny, którego jestem uczestnikiem został objęty polisą obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na rzecz jego uczestników o nr …………………………………… wystawioną przez (nazwa ubezpieczyciela): ..……….....................................................................................................................................................................

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią polisy i akceptuję warunki w niej zawarte. Zostałam poinformowana / zostałem poinformowany, że oryginał polisy jest dostępny do wglądu w (nazwa i adres podmiotu) ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….. ……………………………………………

Imię i nazwisko uczestnika Data i podpis

…………………………………………….. ……………………………………………

Imię i nazwisko badacza Data i podpis