

**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