

| | |
|-----------------------------|--|
| Imię i nazwisko uczestnika: | |
| Pesel: | |

PRZYJĘCIE WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am szczegółowo poinformowany/na o warunkach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej mojego udziału w eksperymencie medycznym pt.:

.....

.....

.....

.....

.....

Przyjmuję ww. warunki.

.....
pieczętka osoby kierującej eksperymentem medycznym

.....
czytelny podpis uczestnika

data

data