

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego uczestnika:	
Pesel: Imię i nazwisko dziecka	

PRZYJĘCIE WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

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

.....

.....

.....

.....

.....

Przyjmuję ww. warunki.

.....
pieczęć osoby kierującej eksperymentem medycznym

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika

data

data