**Oświadczenie o przyjęciu przez uczestnika warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej**

(wzór)

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 POLISY ………………………………………………………………………
* 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 rz**

…………………………… …………………………. ………………………..

 IMIĘ i NAZWISKO IMIĘ i NAZWISKO IMIĘ i NAZWISKO

 (LITERY DRUKOWANE) (LITERY DRUKOWANE) (LITERY DRUKOWANE)

…………………………. …………………………… ………………………..

 Data /podpis Data /podpis Data /podpis

 **Badacz**

……………………………

 IMIĘ i NAZWISKO

 (LITERY DRUKOWANE)

 …………………………

 Data/podpis/pieczęć