Załącznik nr 4 Wzór formularza zgody uczestnika

*Należy wypełnić komputerowo w języku polskim.*

Imię i nazwisko uczestnika eksperymentu medycznego albo badania naukowego niespełniającego kryteriów eksperymentu medycznego, zgodnie z art. …………… ustawy z dnia …………………………………………… , w zakresie określonym tą ustawą/\*:

………………………………………………………………………………………………

1) dobrowolnie wyrażam zgodę na poddanie się eksperymentowi medycznemu po zapoznaniu się z informacją, o której mowa w art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996  r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516)\*,

2) dobrowolnie wyrażam zgodę na poddanie się badaniu naukowemu niespełniającemu kryteriów eksperymentu medycznego, zgodnie z art. …………… ustawy z dnia …………………………………………… , w zakresie określonym tą ustawą/\*,

3) potwierdzam możliwość zadawania pytań prowadzącemu eksperyment medyczny albo badanie naukowe niespełniające kryteriów eksperymentu medycznego, zgodnie z art. …………… ustawy z dnia ……………………………………………, w zakresie określonym tą ustawą/\* i otrzymania odpowiedzi na te pytania,

4) potwierdzam uzyskanie informacji o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie medycznym albo badaniu naukowym niespełniającym kryteriów eksperymentu medycznego, zgodnie z art. …………… ustawy z dnia …………………………………………… , w zakresie określonym tą ustawą/\* w każdym jego stadium.

Egzemplarz formularza zgody uczestnika otrzymałam/em dnia …………………..:

…………………………………

miejscowość, data, czytelny podpis uczestnika eksperymentu medycznego albo badania naukowego niespełniającego kryteriów eksperymentu medycznego, zgodnie z art. …………… ustawy z dnia …………………………………………… , w zakresie określonym tą ustawą/\*

\* właściwe zaznaczyć