Załącznik nr 5 Wzór oświadczenia o przyjęciu przez uczestnika eksperymentu medycznego warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

*Należy wypełnić komputerowo w języku polskim.*

Imię i nazwisko uczestnika eksperymentu medycznego:

………………………………………………………………………………………………

1) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że eksperyment medyczny pod tytułem ………………………………, którego jestem uczestnikiem, objęty jest polisą obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nr …………………………………………, wystawioną przez ……………………………………………..

2) Oświadczam, że po zapoznaniu się z treścią polisy akceptuję warunki w niej zawarte.

3) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że polisa jest dostępna do wglądu w siedzibie …………………………………………

Egzemplarz oświadczenia o przyjęciu przez uczestnika eksperymentu medycznego warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej otrzymałem/am dnia …………………..:

…………………………………

miejscowość, data, czytelny podpis uczestnika eksperymentu medycznego