wzór 3

INFORMACJA O UBEZPIECZENIU BADANIA

Nazwisko i imię osoby badanej...........................................................................

lat...........

Adres:.................................................................................................................

Temat badań:......................................................................................................

.............................................................................................................................

.............................................................................................................................

Niniejszym oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o ubezpieczeniu mojego udziału w badaniu wyżej wymienionym, zawartym w ubezpieczeniu działalności naukowej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.   
Przyjmuję tą informację.

......................................... .......................................

podpis badacza podpis badanego

...................., data ...........................