**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W BADANIU**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

*(tytuł badania)*

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na udział   
w w/w badaniu. Zapoznałem się z przedstawioną Informacją dla uczestnika badania/pacjenta, miałam/em możliwość zadawania pytań osobie prowadzącej badanie i uzyskałam/em na nie odpowiedzi. Jestem świadoma/y, że w każdej chwili mogę odwołać zgodę i zrezygnować   
z udziału w badaniach bez podania przyczyny.

………………………………………………………………… ……………………………………………………………………

*Imię i nazwisko pacjenta/uczestnika Data i podpis*

……………………………………………………………… ……………………………………………………………………

*Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgodę Data i podpis*