Załącznik nr 3 do Regulaminu

 Komisji Bioetycznej Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

**Zgoda uczestnika badania**

1. Imię i nazwisko uczestnika

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

wiek...............................................................................................................................

nr telefonu.....................................................................................................................

adres e-mail:...................................................................................................................

1. Imię i nazwisko kierownika badań

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

telefony kontaktowe dla badanego.................................................................................

1. Temat badania

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

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

**Niniejszym oświadczam, że:**

**-** zostałam/em poinformowany o celu zamierzonych badań oraz, że miałam/em, możliwość zadawania pytań prowadzącemu eksperyment i otrzymała/em odpowiedzi na te pytania;

**-** rozumiem, na czym badania mają polegać i do czego jest potrzebna moja zgoda;

**-** zapoznałam/em się z treścią „Informacji dla uczestników badania”;

**-** zostałam/em poinformowana/ny o potencjalnym ryzyku związanym z programem badawczym.

**Wyrażam zgodę na poddanie się eksperymentowi medycznemu.**

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

*Data i podpis kierownika badań Data i podpis badanego*

**Mogę odmówić zgody na udział w badaniach lub cofnąć ją w każdej chwili, również podczas ich wykonywania, co nie wpłynie na dalsze moje leczenie.**

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

*Data i podpis kierownika badań Data i podpis badanego*

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w zakresie niezbędnym dla prowadzenia badań, jednak z zastrzeżeniem poufności uniemożliwiającej identyfikację mojej osoby przez inne osoby prawne i fizyczne niż wymienione w protokole jako prowadzące badanie.**

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

*Data i podpis kierownika badań Data i podpis badanego*

**Zostałam/em zapoznana/ny z warunkami ubezpieczenia obejmującego ewentualne negatywne skutki uczestniczenia w badaniu i akceptuję te warunki. Otrzymałam/em do wglądu polisę, z której one wynikają.**

**Otrzymała/em jeden egzemplarz „zgody uczestnika badania”.**

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

*Data i podpis kierownika badań Data i podpis badanego*