**Oświadczenie o przyjęciu przez uczestnika warunków ubezpieczenia**

**odpowiedzialności cywilnej**

Niniejszym oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o warunkach ubezpieczenia mojego udziału w eksperymencie medycznym pt. ........................................................................................................................................

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

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

prowadzonym w ramach działalności naukowej przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie i przyjmuję je.

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

*/podpis badacza/ /podpis uczestnika badania/*

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