Wrocław, dnia ................

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

stopień naukowy,

imię i nazwisko badacza, jednostka organizacyjna

Tytuł projektu badawczego:

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIE BADACZA**

**Zobowiązanie do anonimizacji danych**

Niniejszym oświadczam, że wszystkie dane osobowe i medyczne pozyskane od uczestnika badania lub administratora jego danych osobowych tj.

|  |
| --- |
|  |

(nazwa i adres podmiotu- administratora danych osobowych)

oraz z kart informacyjnych i innych dokumentów medycznych przydatnych dla powyższego eksperymentu medycznego zostaną wykorzystane przeze mnie pod warunkiem ich wcześniejszego i bezpowrotnego zanonimizowania, wyłącznie w celu realizacji w/w eksperymentu, a także w celach archiwalnych i statystycznych - w postaci zanonimizowanej.

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

podpis badacza