Wrocław, dnia……………

|  |
| --- |
|  |

dane badacza (imię, nazwisko, stopień/tytuł naukowy/afiliacja z adresem)[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
|  |

Tytuł eksperymentu medycznego

**OŚWIADCZENIE BADACZA**

**dotyczące materiału biologicznego pozyskanego od pacjenta**

**możliwego do zidentyfikowania**

Ja niżej podpisany: ……………………………………. oświadczam, że:

1. jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 58 ust 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 1287 ze zm.): *kto przeprowadza eksperyment medyczny bez wymaganej prawnie zgody albo zezwolenia sądowego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3*
2. nie ma możliwości uzyskania zgody uczestnika/ów / pacjenta/ów eksperymentu medycznego p.n.

|  |
| --- |
|  |

na przeprowadzenie tego eksperymentu na pochodzącym od niego/nich materiale biologicznym z powodu śmierci uczestnika/ów / pacjenta/ów.

**……………………………………………**

podpis badacza

1. Po wypełnieniu proszę o wykreślenie tekstów instrukcji; tekstów alternatywnych oddzielonych /; [↑](#footnote-ref-1)