Wrocław, dn. ……………… r.

**Wzór oświadczenia**

**o przyjęciu przez uczestnika warunków**

**ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej**

**(dla dorosłego i małoletniego)**

tytuł/ nazwa badania

|  |
| --- |
|  |

Zostałam/em poinformowana/y, że badanie, którego jestem uczestnikiem objęte jest polisą obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej o nr …………, wystawioną przez …………… .

Po zapoznaniu się z treścią polisy akceptuję warunki w niej zawarte.

Zostałam/em także poinformowana/y, że polisa jest dostępna do wglądu w ośrodku badawczym.

…………………………….

czytelnie imię i nazwisko Uczestnika

…………………………….

data i podpis Uczestnika

……………………………..

czytelnie imię i nazwisko Badacza

……………………………..

data i podpis Badacza