|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu eksperymentu medycznego:** |  |
| **Ubezpieczony:**  **Podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny:** | **Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,  ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok** |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYJECIA PRZEZ UCZESTNIKA WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ:**

Jako uczestnik/(-czka) wyżej przedstawionego eksperymentu medycznego potwierdzam, że zapoznałem(-am) się z zakresem ubezpieczenia oraz przyjmuję warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego będącego podmiotem przeprowadzającym eksperyment medyczny, za szkody wyrządzone jego działaniem lub zaniechaniem, uczestnikowi oraz osobie, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć, zgodnie z umową ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej zawartą z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S. A., Al. Jerozolimskie 142 B, 02 – 305 Warszawa z Oddziałem w Olsztynie przy ul. Żołnierskiej 16 c,   
10-561 Olsztyn. Jestem świadomy(-a), że podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny będzie objęty ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej przez cały czas trwania eksperymentu zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uczestnik** (Imię i nazwisko drukowanymi literami) **Data i podpis**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Przedstawiciel prawny** (jeśli dotyczy) (Imię i nazwisko drukowanymi literami) **Data i podpis**