

„Wieloośrodkowy skrining w kierunku ADHD wśród pacjentów pediatrycznych w wieku szkolnym chorujących na cukrzycę typu 1”

Załącznik 7- Oświadczenie o przyjęciu przez uczestnika badania i/lub jego Rodzica/Opiekuna warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Badanie pt.: „Wieloośrodkowy skrining w kierunku ADHD wśród pacjentów pediatrycznych w wieku szkolnym chorujących na cukrzycę typu 1”

Oświadczam, że zapoznano mnie z warunkami ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na wypadek szkody powstałej w związku z uczestnictwem mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka)

.....
(proszę wypełnić drukowanymi literami)

w badaniu. Ubezpieczycielem jest Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group ul. Wołoska 22A, 02-675 Warszawa na podstawie polisy nr COR233280. Badanie objęte jest ubezpieczeniem na sumę gwarancyjną w wysokości 100.000 EUR łącznie dla prowadzącego i badaczy na każdy i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe w każdym 12 miesięcznym okresie ochrony.

Akceptuję warunki ubezpieczenia na wypadek szkody powstałej w związku z uczestnictwem mojego dziecka w badaniu.

(miejsce) _____, dnia _____

Podpis Rodzica/Opiekuna: _____

Podpis osoby udzielającej informacji: _____

Ja (imię i nazwisko), oświadczam, że zapoznano mnie z warunkami ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na wypadek szkody powstałej w związku z uczestnictwem w badaniu. Ubezpieczycielem jest Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group ul. Wołoska 22A, 02-675 Warszawa na podstawie polisy nr COR233280. Badanie objęte jest ubezpieczeniem na sumę gwarancyjną w wysokości 100.000 EUR łącznie dla prowadzącego i badaczy na każdy i wszystkie wypadki ubezpieczeniowe w każdym 12 miesięcznym okresie ochrony.

Akceptuję warunki ubezpieczenia na wypadek szkody powstałej w związku z moim uczestnictwem w badaniu.

(miejsce) _____, dnia _____

Podpis Pacjenta >13 r.ż: _____

Podpis osoby udzielającej informacji: _____

