

załącznik nr 4 do regulaminu

# ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ W OBSZARZE REHABILITACJI MEDYCZNEJ WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

Ja, niżej podpisany(a)

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

oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące wyżej wymienionego programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w wyżej wymienionym programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).

Pacjent:

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

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu (ręką pacjenta)

Oświadczam, że omówiłem(am) wyżej wymieniony program z pacjentem(ką), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia wyżej wymienionego programu.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

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

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu

ORYGINAŁ/KOPIA