****

Załącznik nr 3 do Załącznika nr 1 do

Regulaminu Komisji Bioetycznej przy ICZMP

wprowadzony Zarządzeniem nr 36/2022 Dyrektor ICZMP z dn. 16.05.2022

**OŚWIADCZENIE O PRZYJĘCIU PRZEZ UCZESTNIKA WARUNKÓW**

**UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

**Data utworzenia dokumentu:** ……………………………………………………………...

**Tytuł / nazwa badania**: ..……………………………………….……………………..……

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 w Wiener Tu S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy ul. Wołoskiej 22A, 02-675 Warszawa. 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.

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

**………………………………….. …………………………………..**

[Imię i nazwisko Uczestnika] [Data i podpis Uczestnika]

**………………………………….. …………………………………..**

[Imię i nazwisko Uczestnika] [Data i podpis Przedstawiciela prawnego]

**………………………………….. …………………………………..**

[Imię i nazwisko Badacza] [Data i podpis Badacza]