

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA  
NA UDZIAŁ W BADANIU**

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem informację dla Pacjenta oraz otrzymałem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu i jestem świadomy, iż w każdej chwili mogę zrezygnować z udziału w nim bez podania przyczyny.

Stosownie do art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016, poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Raławickich 1, 20 – 059 Lublin moich danych osobowych w zakresie i celu niezbędnym do przeprowadzenia badania a także celach archiwalnych i statystycznych.

Posiadam wiedzę o dobrowolności podania danych. Zostałem również poinformowany, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści danych mnie dotyczących, ich poprawiania, modyfikacji oraz skorzystania z innych uprawnień wynikających z ww. Ustawy.

.....

Miejscowość, data

.....

czytelny podpis