

<b>1. IDENTYFIKATOR OSOBY BADANEJ</b>	
---	--

Zgoda na udział w badaniu naukowym pod tytułem:

## **Obrazowanie oka za pomocą techniki tomografii optycznej OCT w rejestracji równoległej**

<b>Dane osoby biorącej udział w badaniu</b> (pola o nr. 2-9 proszę wypełnić drukowanymi literami)	
<b>2. Imię</b>	
<b>3. Nazwisko</b>	
<b>4. Data urodzenia</b>	
<b>5. Płeć</b>	
<b>6. Adres zamieszkania</b>	
<b>7. Telefon kontaktowy</b>	
<b>8. Nr historii choroby osoby badanej (L.ks.gł. Oddziału/poradni) (jeżeli dotyczy)</b>	

Niniejszym oświadczam, że:

1. zapoznałem/łam się z informacją dla uczestnika badań i klauzulą informacyjną,
2. miałem/łam sposobność zadawania pytań i uzyskałem/łam zadowalające odpowiedzi,
3. mój podpis na niniejszym formularzu został złożony dobrowolnie,
4. nie jestem żołnierzem ani osobą pozostającą w zależności hierarchicznej ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażania zgody,
5. nie jestem osobą ubezwłasnowolnioną, pozbawioną wolności albo poddaną detencji,
6. nie pozostaję w zależności służbowej, dydaktycznej lub innej z prowadzącym badanie.
7. nie jestem w ciąży,
8. zostałem/łam poinformowany/-a, że mogę odmówić zgody na udział w badaniach lub cofnąć ją w każdej chwili, także podczas wykonywania badań bez jakichkolwiek konsekwencji,
9. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz na udostępnienie wyników badań dla celów naukowych Instytutowi Chemii Fizycznej PAN.

<b>9. Data</b>	
<b>10. Podpis osoby biorącej udział w badaniu</b>	

<b>Dane osoby wyjaśniającej zgodę</b> (pola 9-11 proszę wypełnić drukowanymi literami)	
<b>11. Imię</b>	
<b>12. Nazwisko</b>	
<b>13. Data</b>	
<b>14. Podpis osoby wyjaśniającej zgodę</b>	