

Program polityki zdrowotnej Gminy Kleszczów

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU
dotycząca badania cytologicznego

Ja niżej podpisana.....oświadczam, że uzyskałam informacje dotyczące ww. diagnostyki oraz otrzymałam wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu i jestem świadoma faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w 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 o ochronie danych osobowych z 29.08.1997).

Uczestniczka programu:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z uczestniczką programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. badań diagnostycznych.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu