



ZGODA NA PRZYJĘCIE WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

Badanie jest ubezpieczone w ramach ubezpieczenia szpitalnego obowiązującego na terenie Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. Dr J. Nofera w Łodzi.

Łódź, dnia **Podpis opiekuna prawnego**

Łódź, dnia **Podpis uczestnika badania**