

KÉRELEM

Alulírott kérelmezem, hogy részt vehessek a Celladam nyílt klinikai vizsgálatában, vállalom, hogy a rendelkezésemre álló kórházi, laboratóriumi zárójelentésekről, eredményekről tájékoztatom a Celladam Csoportot.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Kiskönyv kódszáma:

Beteg neve:

Születési hely:

Születési idő:

Telefonszám:

E-mail cím:

Levelezési cím:

Ezen Írásos Beleegyezési Nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat, beleértve a testi vagy lelki egészségi állapotommal kapcsolatos adatokat felhasználhatják.

.....
a beteg aláírása

.....
dátum a beteg kézírásával

Termékek szedésének kezdete:

Termékek: