

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_  
/nazwa jednostki badawczej/

\_\_\_\_\_  
/imię i nazwisko kierownika tematu-telefon/

### **O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że koszty przeprowadzenia badania nie będą pokrywane z Narodowego Funduszu Zdrowia.

\_\_\_\_\_  
podpis kierownika tematu badawczego