

**Komisja Bioetyczna  
przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi**

---

ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź  
tel. 0-42-683-17-44, fax. 683-13-78

Załącznik nr 9 do Wniosku o wydanie opinii w przedmiocie eksperymentu medycznego

.....  
(miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany .....(imię i nazwisko głównego badacza) będący wnioskodawcą i jednocześnie prowadzącym *eksperyment medyczny/badanie obserwacyjne* pt.:”.....” zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi o wszelkich zmianach, które mogą mieć wpływ na przebieg i ubezpieczenie *eksperymentu medycznego/badania obserwacyjnego*.

.....  
(Podpis)