



Załącznik Nr 2 do Regulaminu Pacjenta  
Standaryzowanego/Symulowanego

## OŚWIADCZENIE KANDYDATA o zgodzie na wykonywanie procedur symulacyjnych

Ja niżej podpisany/a .....

zamieszkały(a) .....

.....

legitymujący(a) się dowodem osobistym .....

wydanym przez .....

.....

**oświadczam** iż jako uczestnik Programu Standaryzowanego/Symulowanego Pacjenta **wyrażam zgodę** na wykonywanie na mnie procedur symulacyjnych polegających np. na zbieraniu wywiadu, mierzeniu ciśnienia, dopinaniu modeli szkoleniowych, itp.

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis)