**Semmelweis Egyetem - Rehabilitációs Klinika**

1121. Budapest, Szanatórium utca 19.

Igazgató főorvos: Dr. Cserháti Péter PhD

Tel: (+36) 1 391-1901, E-mail: titkarsag.rehab@semmelweis.hu

**NYILATKOZAT**

Az emberen végzett orvostudományi kutatások tekintetében az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 235/2009 (X.20.) kormányrendeletre figyelemmel nyilatkozom, hogy a kutatási terv összeállítása a hatályos jogszabályokban és az Orvosok Világszövetsége Helsinki Deklarációjában foglaltaknak megfelelően történt. A kutatást ennek szellemében fogom végezni.

helység, dátum **kutatás vezetője**

 **kutatás végzője**

**Semmelweis Egyetem - Rehabilitációs Klinika**

1121. Budapest, Szanatórium utca 19.

Igazgató főorvos: Dr. Cserháti Péter PhD

Tel: (+36) 1 391-1901, E-mail: titkarsag.rehab@semmelweis.hu

**Adatvédelmi nyilatkozat**

Kijelentem, hogy - figyelemmel a vonatkozó nemzetközi dokumentációkra is - ismerem és a kutatás során betartom Magyarország Alaptörvényének és a hatályos jogszabályoknak a személyiségi jogok, az egészségügyi személyes adatok védelmére, valamint a szerzői jogok védelmére vonatkozó rendelkezéseit.

helység, dátum **kutatás vezetője**

 **kutatás végzője**

**Semmelweis Egyetem - Rehabilitációs Klinika**

1121. Budapest, Szanatórium utca 19.

Igazgató főorvos: Dr. Cserháti Péter PhD

Tel: (+36) 1 391-1901, E-mail: titkarsag.rehab@semmelweis.hu

**Felelősségbiztosítási nyilatkozat**

Alulírott, …………..…………………………………………. jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy az…………………………………………………………………………………. elnevezésű kutatás SE- Rehabilitációs Klinikán végzendő feladataira felelősség biztosítás megkötéséről a saját felelősségemmel és költségemen gondoskodom.

helység, dátum **kutatás vezetője**

**Semmelweis Egyetem - Rehabilitációs Klinika**

1121. Budapest, Szanatórium utca 19.

Igazgató főorvos: Dr. Cserháti Péter PhD

Tel: (+36) 1 391-1901, E-mail: titkarsag.rehab@semmelweis.hu

**Szándéknyilatkozat**

Alulírott, …………..…………………………………………. (vizsgálatvezető / koordináló vizsgálatvezető) jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy az…………………………………………………………………………………. elnevezésű vizsgálat engedélyezése esetén az általam megismert vizsgálati tervet annak előírásai és az engedélyező határozatban foglaltak szerint hajtom végre.

helység, dátum **kutatás vezetője**