**Országos Mozgásszervi Intézet**

1023. Budapest, Frankel Leó út 25-29.

Főigazgató főorvos: Prof. Dr. Poór Gyula egyetemi tanár,

a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagja

Tel: (+36) 1 438-8300, Fax: (+36) 1 212-26-76

E-mail: [korhaz@orfi.hu](mailto:korhaz@orfi.hu), Web: [www.orfi.hu](http://www.orfi.hu)

**OORI-ORVOSIGAZGATÓSÁG**

1121 Budapest, Szanatórium u. 19.

Dr. Cserháti Péter PhD orvosigazgató

Telefon: +36 1 391-1901, e-mail: [cserhati.peter@omint.hu](mailto:cserhati.peter@omint.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**

**Országos Mozgásszervi Intézet**

1023. Budapest, Frankel Leó út 25-29.

Főigazgató főorvos: Prof. Dr. Poór Gyula egyetemi tanár,

a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagja

Tel: (+36) 1 438-8300, Fax: (+36) 1 212-26-76

E-mail: [korhaz@orfi.hu](mailto:korhaz@orfi.hu), Web: [www.orfi.hu](http://www.orfi.hu)

**OORI-ORVOSIGAZGATÓSÁG**

1121 Budapest, Szanatórium u. 19.

Dr. Cserháti Péter PhD orvosigazgató

Telefon: +36 1 391-1901, e-mail: [cserhati.peter@omint.hu](mailto:cserhati.peter@omint.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**

**Országos Mozgásszervi Intézet**

1023. Budapest, Frankel Leó út 25-29.

Főigazgató főorvos: Prof. Dr. Poór Gyula egyetemi tanár,

a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagja

Tel: (+36) 1 438-8300, Fax: (+36) 1 212-26-76

E-mail: [korhaz@orfi.hu](mailto:korhaz@orfi.hu), Web: [www.orfi.hu](http://www.orfi.hu)

**OORI-ORVOSIGAZGATÓSÁG**

1121 Budapest, Szanatórium u. 19.

Dr. Cserháti Péter PhD orvosigazgató

Telefon: +36 1 391-1901, e-mail: [cserhati.peter@omint.hu](mailto:cserhati.peter@omint.hu)

**Felelősségbiztosítási nyilatkozat**

Alulírott, …………..…………………………………………. jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy az…………………………………………………………………………………. elnevezésű kutatás Országos Mozgásszervi Intézet-OORI-ban végzendő feladataira felelősség biztosítás megkötéséről a saját felelősségemmel és költségemen gondoskodom.

helység, dátum **kutatás vezetője**

**Országos Mozgásszervi Intézet**

1023. Budapest, Frankel Leó út 25-29.

Főigazgató főorvos: Prof. Dr. Poór Gyula egyetemi tanár,

a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagja

Tel: (+36) 1 438-8300, Fax: (+36) 1 212-26-76

E-mail: [korhaz@orfi.hu](mailto:korhaz@orfi.hu), Web: [www.orfi.hu](http://www.orfi.hu)

**OORI-ORVOSIGAZGATÓSÁG**

1121 Budapest, Szanatórium u. 19.

Dr. Cserháti Péter PhD orvosigazgató

Telefon: +36 1 391-1901, e-mail: [cserhati.peter@omint.hu](mailto:cserhati.peter@omint.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**