Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestników badań

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku moich danych osobowych zebranych w celu realizacji badania *(podać tytuł badania/projektu).*

Przyjmuję do wiadomości, że zgoda może być odwołana w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli w tym zakresie do Inspektora Ochrony Danych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania przed jej wycofaniem.

*………………………………………………………………*

*Data i czytelny podpis uczestnika badania*