



Beleegyező nyilatkozat



RMC MAGZATI MEDICINA KÖZPONT

Rózsakert Bevásárlóközpont
1026 Budapest, Gábor Áron u. 74-78.
(+36 1) 392-0505
info@rmc.hu

KRE PSZICHOLÓGIAI INTÉZET

Levelezési cím: 1037 Budapest, Bécsi út 324. 5. ép. fszt.
Tel. +36 1 430-2348; +36 1 430-2349
Fax: +36 1 430-2341

Alulírott (születési hely:, születési idő:
.....) kijelentem, hogy 18 éves elmúltam, és a kutatási tájékoztatást elolvastam.
A vizsgálatban történő részvételre ezúton beleegyezésemet adom, melyet befolyástól mentesen
teszem, annak tudatában, hogy azt bármikor, szóban vagy írásban, indoklás nélkül visszavonhatom.

A vizsgálatban való részvételért szeretném kérni az 5000 Ft-os költségtérítést:

- igen
 nem

.....
Vizsgálati személy aláírása

.....
Tájékoztatást adó személy aláírása

Budapest,