



FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

F07 Registrační formulář dobrovolníka

Jméno:	
Příjmení:	
Titul:	
Datum narození:	
Rodné číslo:	
Zasílací adresa:	
Telefon domů:	
Telefon do zaměstnání:	
Mobil:	
Email:	
Státní občanství:	
Hmotnost:	
Výška:	
BMI: (nepište)	
Kuřák ne/ano - počet denně	

Klinicko - farmakologická jednotka Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou tímto získává Váš dobrovolný souhlas se zařazením těchto údajů do databáze dobrovolníků klinických hodnocení léků a jejich dalšího zpracování. Všechna osobní data jsou důvěrně uložena a archivována, přístup k nim mají pouze kontrolní orgány, a to v omezené míře. Údaje v dokumentaci a klinické nálezy jsou uvedeny vždy anonymně.

Vdne.....

Podpis.....