

**Nyilatkozat**

Alulírott,

|  |
| --- |
| *Név:*…………………………………………………………………………………………... |
| *Születési név:*…………………………………………………………………………………. |
| *Születési hely és idő*:…………………………………………………………………………. |
| *Anyja neve*:…………………………………………………………………………………… |
| *Lakcím:*………………………………………………………………………………………. |

a *Májbetegekért Alapítvány* által meghirdetett pályázat kapcsán nyilatkozatokat teszem,hogy **a felhelyezett IUB™ Rézgyöngy-Ballerine használati ideje alatt az előírt, az eszköz használatával összefüggő szakorvosi vizsgálatokon a részvételt vállalom**

Kelt:………………………………………, 2019. ………………..hónap ……………nap

 …………………………………………….

pályázó aláírása