**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прочитал (а) информацию о научном исследовании «Анализмеханизмов функционирования центрального, проводникового и периферического звеньев системы ритмогенеза сердца; прикладные аспекты» и согласен (а) в нем участвовать.

У меня было достаточно времени, чтобы принять решение об участии в исследовании.

Я понимаю, что могу в любое время по собственному желанию отказаться от дальнейшего участия в исследовании и, если я это сделаю, то это не повлияет на мое последующее лечение и внимание ко мне врачей.

Я добровольно соглашаюсь, чтобы мои данные, полученные в ходе исследования, использовались в научных целях и были опубликованы с условием правил конфиденциальности.

Я получил(а) экземпляр «Информации для пациентов» и «Информированного согласия».

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. Время \_\_\_\_ час. \_\_\_\_мин.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон пациента

Ф.И.О. руководителя

Иванов Иван Иванович

Подпись руководителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон