



## Formularz zgody na udział w NutritionDay – 9.11.2017

### Nazwa Ośrodka:

(nazwa jednostki, adres i kontakt do osoby odpowiedzialnej za prowadzenie ND)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Wyrażam zgodę na udział w wieloośrodkowym badaniu NutritionDay.**

.....

Podpis i pieczętka Kierownika Jednostki Organizacyjnej

.....

data

Proszę o przesłanie formularza pocztą lub faxem na adres:

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu. Szpital Uniwersytecki nr 1 ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, Bydgoszcz 85-094 lub faxem (052) 585-40-22 z **dopiskiem: NutritionDay**