



Formularz zgody na udział w NutritionDay – 7.11.2019

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**