



Rzecznik Praw Pacjenta

Wniosek należy
wypełnić czytelnie,
dokonując wpisów
bez skreśleń
i poprawek

Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych

Dane uczestnika badania klinicznego

nazwisko	
imię	
numer PESEL	
w razie braku numeru PESEL: seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia	

Przedmiot wniosku

☐ uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia	☐ śmierć uczestnika badania klinicznego
---	--

Jeśli wniosek dotyczy śmierci uczestnika badania klinicznego:

Dane osoby składającej wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego

nazwisko	
imię	
numer PESEL	
w razie braku numeru PESEL: seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia	

Relacja między wnioskodawcą a zmarłym uczestnikiem badania klinicznego

☐ małżeństwo niepozostające w separacji	☐ pokrewieństwo pierwszego stopnia (rodzic lub dziecko uczestnika badania)
☐ przysposobienie	☐ pozostawanie we wspólnym pożyciu
☐ inna – jaka:	

Dane przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy (jeśli dotyczy)

nazwisko	
imię	

Dane pełnomocnika wnioskodawcy (jeśli dotyczy)

nazwisko	
imię	

Adres korespondencyjny

ulica, numer domu i lokalu	
mięscowość	
kod pocztowy	
województwo	

Numer telefonu (jeśli wnioskodawca posiada)	
Adres poczty elektronicznej (jeśli posiada)	
Oznaczenie badania klinicznego, którego dotyczy wniosek (numer, tytuł)	
Uzasadnienie wniosku (w tym wskazanie faktów, na których wniosek jest oparty)	

Numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej	
Właściciel rachunku	
jeśli wnioskodawca nie ma rachunku bankowego: adres, na który ma zostać wysłany przekaz pocztowy	
Wymagane załączniki:	
kopia posiadanej dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów potwierdzających opisany stan faktyczny albo szczegółowa informacja o braku takich dokumentów	TAK ☐ NIE ☐
potwierdzenie wniesienia opłaty na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych (18 1130 1017 0020 1591 5120 0002)	TAK ☐ NIE ☐
oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie lub zadośćuczynienie	TAK ☐ NIE ☐
oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem wnioskodawca nie uzyskał odszkodowania lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę albo o wysokości uzyskanego odszkodowania lub zadośćuczynienia	TAK ☐ NIE ☐
jeśli wniosek dotyczy śmierci uczestnika badania klinicznego: dokumenty potwierdzające, że wnioskodawca był jego małżonkiem (niepozostającym w separacji), krewnym pierwszego stopnia, osobą pozostającą w stosunku przysposobienia lub osobą pozostającą we wspólnym pożyciu	TAK ☐ NIE ☐
Pozostałe załączniki:	
pełnomocnictwo	TAK ☐ NIE ☐
inne: jakie	TAK ☐ NIE ☐
Oświadczenie wnioskodawcy składane pod rygorem odpowiedzialności karnej	
<i>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</i>	

podpis (wniosek składany w postaci elektronicznej należy podpisać podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem osobistym)

OŚWIADCZENIA

Proszę skreślić niewłaściwe stwierdzenie oraz ewentualnie uzupełnić puste pola:

Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie lub zadośćuczynienie.

Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie uzyskałem/am odszkodowania lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę / uzyskałem/am odszkodowanie w wysokości , zadośćuczynienie w wysokości , od , na podstawie (uznanie roszczenia, ugoda; jeśli inna – proszę wskazać).

podpis