Астана медициналық журналы

**БЛАНК ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ**

*Тема рукописи или фотографии: (заполняется автором)*

*ФИО автора, предоставляющего материал: (заполняется автором)*

*Адрес и Е-mail автора: (заполняется автором)*

*(заполняется пациентом или его законным представителем):*

Я даю свое согласие на публикацию материала с моим участием в журнале «Астана медициналық журналы» (Журнал).

Я видел все рисунки и прочитал материал, который будет опубликован.

Я понимаю, что:

• мое имя не будет опубликовано, хотя я понимаю, что полная анонимность не может быть гарантирована;

• материал будет опубликован в одном из номеров Журнала;

• материал будет доступен на сайте Журнала и может быть прочитан врачами и другими представителями общественности;

• материал также может использоваться общественными базами по медицинским исследованиям;

• материал не будет использоваться для рекламы или оформления упаковки;

• материал не будет использоваться вне контекста.

**ФИО пациента:**

**Подпись:**

**Дата заполнения:**

*(Если Вы законный представитель пациента, то укажите родственное отношение)*