**Iktatószám:**

**Osztályvezető Főorvosi Befogadó nyilatkozat**

Hozzájárulok és támogatom, hogy ………………. az **„………………..”** elnevezésű kutatás részeként tervezett felmérését a SE-RK-IKEB útmutatásainak betartásával a bevonásra szánt betegekről előzetes egyeztetést követően a SE-Rehabilitációs Klinika,………………. Osztályán fekvő betegek bevonásával, a délelőtti terápiák zavartalanságának biztosításával, illetve a terápiákat követően, délutáni időszakban, témavezetőjének irányítása mellett elvégezze.

Budapest, 2024. …….

 ……………………….

 Osztályvezető Főorvos