**Iktatószám:**

**Befogadó nyilatkozat**

Hozzájárulok és támogatom, hogy ………………. az **„………………..”** elnevezésű kutatás részeként tervezett felmérését az SE-RK-IKEB útmutatásainak betartásával a SE-Rehabilitációs Klinikán elvégezze.

Budapest, 2025. …….

……………………….

Dr. Cserháti Péter Ph.D. M.Sc.

SE - Rehabilitációs Klinikai Tömb

Orvos Főigazgató