**Nyilatkozat**

Alulírott, ..................................................... jelen jognyilatkozatommal kijelentem, hogy a jelen nyilatkozat mellékletét képező – s általam aláírt – tájékoztatóban foglaltakat megértettem, az abban foglaltakat tudomásul vettem s az abban foglaltak kapcsán semminemű további kérdésem, felvetésem, észrevételem nincs.

Jelen jognyilatkozatommal kijelentem, hogy az alábbi felsoroltak rám nem vonatkoznak:

Vesebetegség, epebetegség, májbetegség, emésztőrendszerhez vagy hormonrendszerhez kapcsolódó szerv teljes vagy részleges hiánya, krónikus emésztőrendszeri betegség (pl. IBS, IBD), bizonyos autoimmun kondíciók, lelki eredetű evészavarok, cukorbetegség, 18 év alatti kor, terhesség, szoptatási időszak.

Jelen jognyilatkozatommal kijelentem, hogy az alábbi, általam ismert betegségeim vannak:

…………………………..

Jelen jognyilatkozatommal kijelentem, hogy az alábbi gyógyszereket szedem:

………………………….

Jelen jognyilatkozatommal kijelentem, hogy az alábbi kezeléseken veszek részt:

………………………….

**Jelen jognyilatkozat aláírásával tudomásul veszem és magamra nézve kötelezőnek fogadom el a mellékelt és általam aláírt tájékoztatóban foglaltakat s annak tudatában veszem igénybe a Szolgáltató által nyújtott szolgáltatást.**

Kelt: .................................., 2020. .................................... hó ........................ napján

............................................................

aláírás