\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vardas pavardė

\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data

Sutinku, kad rengiant mokslinį darbą būtų naudojami mano nuasmeninti klinikiniai duomenys ar vaizdai iš medicinos dokumentų, esančių VUL Santaros klinikose.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parašas