

- (6) Εγώ/ο ασθενής δεν θα αποκομίσω/ει κανένα οικονομικό όφελος από τη δημοσίευση του άρθρου.

(7)

(8) Το άρθρο, επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο σύνολό του ή μέρος του σε άλλες δημοσιεύσεις και προϊόντα που δημοσιεύει το WJCP ή/και άλλοι εκδότες. Αυτά περιλαμβάνουν δημοσιεύσεις στην αγγλική γλώσσα και σε μετάφραση, σε έντυπη και ψηφιακή μορφή καθώς και σε οποιαδήποτε άλλη μορφή που μπορεί να χρησιμοποιήσει το WJCP ή άλλοι εκδότες τώρα και στο μέλλον. Το άρθρο μπορεί να εμφανιστεί σε τοπικές εκδόσεις επιστημονικών περιοδικών ή άλλων εντύπων που εκδίδονται στο εξωτερικό.

(9) Μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή πριν από τη δημοσίευση, ωστόσο, αν το άρθρο εγκριθεί για δημοσίευση («έχει πάει στο τυπογραφείο»), δεν είναι δυνατή η ανάκληση της συγκατάθεσης.

(10) Το παρόν έντυπο συγκατάθεσης θα διατηρηθεί με ασφάλεια και εμπιστευτικότητα από την BMJ σύμφωνα με τη νομοθεσία για όσο χρόνο κρίνεται απαραίτητο.

Σημειώστε στα σχετικά τετραγωνίδια, για να επιβεβαιώσετε τα ακόλουθα:

Παραχωρώ τη συγκατάθεσή μου στο WJCP σχετικά με τη διατήρηση των στοιχείων επικοινωνίας μου (και εκτός EOX) μόνο με σκοπό την επικοινωνία μαζί μου, αν κριθεί απαραίτητο, στο μέλλον.

 Για τα σημεία που η παρούσα συγκατάθεση σχετίζεται με ένα άρθρο στις Αναφορές Περιστατικών του WJCP εγώ/ο ασθενής είχα/είχε την ευκαιρία να σχολιάσω/ει το άρθρο και είμαι/είναι ικανοποιημένος από το γεγονός ότι τα σχόλια, αν υπάρχουν, αποτυπώνονται στο άρθρο.

Υπογραφή:

Ουνατεπώγυνμο ολουράφως:

Λεύθυνση: Σταύρος

Λείπουν στο email:

Αν υπογράφετε εκ μέρους ενός ασθενούς, αιτιολογήστε γιατί δεν μπορεί να υπογράψει ο ίδιος ο ασθενής (π.χ. ο ασθενής έχει αποβιώσει, είναι κάτω των 18 ετών ή έχει ννωματική ή πνευματική ανεπάρκεια).

Hueoouvia: 11-1204-2020

☐ Αν υπογράφετε για μια οικογένεια ή άλλη ομάδα, σημειώστε στο σχετικό τετραγωνίδιο, για να επιβεβαιώσετε ότι έχουν ενημερωθεί όλα τα σχετικά μέλη της οικογένειας ή ομάδας.

Αν ο ασθενής είναι παιδί ηλικίας 7 ετών και άνω, ποέπει να επιβεβαιώσει τη συνκατάθεσή του και το ίδιο:

Υπουργαφή:

Ουρανοτεπώγυνο ολογράφως:

Ημερομηνία γέννησης:

Ηεραινγία:

Στοιχεία του ατόμου που έχει εξηγήσει και διανείμει το έντυπο στον ασθενή ή τον εκπρόσωπό του (π.χ. ο σχετικός συντάκτης ή άλλο άτομο που έχει την αρμοδιότητα λήψης συνκατάθεσης).

Υπογραφή:

Όνοματεπώνυμο ολογράφως: ΔΗΜΗΤΡΑΣ Γ. ΡΑΠΑΝΙΔΗΣ

Θέση: DECTOR

Առնվազա՞ն: Տ. Էջմիած 15125

180mm: *Levens wepicaseum*

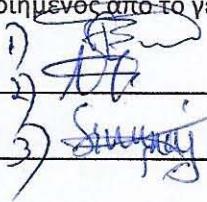
Διεύθυνση email: info@reverbnet.gr Αρ. τηλεφώνου: +30 210 6862 179

Ημερομηνία: 11-Νοέμβριος

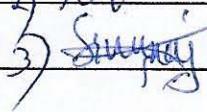
- (6) Εγώ/ο ασθενής δεν θα αποκομίσω/ει κανένα οικονομικό όφελος από τη δημοσίευση του άρθρου.
- (7)
- (8) Το άρθρο, επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο σύνολό του ή μέρος του σε άλλες δημοσιεύσεις και προϊόντα που δημοσιεύεται WJCP ή/και άλλοι εκδότες. Αυτά περιλαμβάνουν δημοσιεύσεις στην αγγλική γλώσσα και σε μετάφραση, σε έντυπη και ψηφιακή μορφή καθώς και σε οποιαδήποτε άλλη μορφή που μπορεί να χρησιμοποιήσει το WJCP ή άλλοι εκδότες τώρα και στο μέλλον. Το άρθρο μπορεί να εμφανιστεί σε τοπικές εκδόσεις επιστημονικών περιοδικών ή άλλων εντύπων που εκδίδονται στο εξωτερικό.
- (9) Μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή πριν από τη δημοσίευση, ωστόσο, αν το άρθρο εγκριθεί για δημοσίευση («έχει πάει στο τυπογραφείο»), δεν είναι δυνατή η ανάκληση της συγκατάθεσης.
- (10) Το παρόν έντυπο συγκατάθεσης θα διατηρηθεί με ασφάλεια και εμπιστευτικότητα από την BMJ σύμφωνα με τη νομοθεσία για όσο χρόνο κρίνεται απαραίτητο.

Σημειώστε στα σχετικά τετραγωνίδια, για να επιβεβαιώσετε τα ακόλουθα:

- Παραχωρώ τη συγκατάθεσή μου στο WJCP σχετικά με τη διατήρηση των στοιχείων επικοινωνίας μου (και εκτός EOX) μόνο με σκοπό την επικοινωνία μαζί μου, αν κριθεί απαραίτητο, στο μέλλον.
- Για τα σημεία που η παρούσα συγκατάθεση σχετίζεται με ένα άρθρο στις Αναφορές Περιστατικών του WJCP εγώ/ο ασθενής είχα/είχε την ευκαιρία να σχολιάσω/ει το άρθρο και είμαι/είναι ικανοποιημένος από το γεγονός ότι τα σχόλια, αν υπάρχουν, αποτυπώνονται στο άρθρο.

Υπογραφή: 

Ονοματεπώνυμο ολογράφως: _____

Διεύθυνση: 

Διεύθυνση email: _____

Αρ. τηλεφώνου: _____

Αν υπογράφετε εκ μέρους ενός ασθενούς, αιτιολογήστε γιατί δεν μπορεί να υπογράψει ο ίδιος ο ασθενής (π.χ. ο ασθενής έχει αποβιώσει, είναι κάτω των 18 ετών ή έχει γνωστική ή πνευματική ανεπάρκεια).

Ημερομηνία: 11 - 11 - 2020

- Αν υπογράφετε για μια οικογένεια ή άλλη ομάδα, σημειώστε στο σχετικό τετραγωνίδιο, για να επιβεβαιώσετε ότι έχουν ενημερωθεί όλα τα σχετικά μέλη της οικογένειας ή ομάδας.

Αν ο ασθενής είναι παιδί ηλικίας 7 ετών και άνω, πρέπει να επιβεβαιώσει τη συγκατάθεσή του και το ίδιο:

Υπογραφή: _____

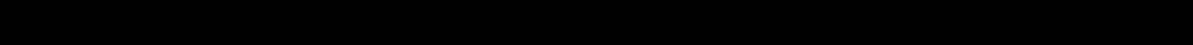
Ονοματεπώνυμο ολογράφως: _____

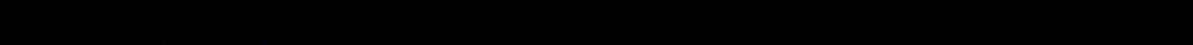
Ημερομηνία γέννησης: _____

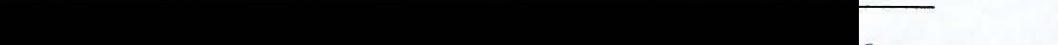
Ημερομηνία: _____

Στοιχεία του ατόμου που έχει εξηγήσει και διανέίμει το έντυπο στον ασθενή ή τον εκπρόσωπό του (π.χ. ο σχετικός συντάκτης ή άλλο άτομο που έχει την αρμοδιότητα λήψης συγκατάθεσης).

Υπογραφή: 

Θέση: 

Τίτλος: 

Διεύθυνση email: 

2

Ημερομηνία: 