Załącznik Nr 2 do umowy Nr ...../2019
zawartej w dniu.....2019 r. pomiędzy
Miastem Rzeszów a.....

Pieczęć Świadczeniodawcy

1) **Wyrażam zgodę na:**

udział w „Programie wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa" w tym, przeprowadzenie badania diagnostycznego zakażenia wirusem HCV

Tak ☐ Nie ☐

Data i czytelny podpis uczestnika Programu.....

2) **Nie jestem leczony z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C**

.....

Data i czytelny podpis uczestnika Programu.....

3) **Nie brałem udziału w ww. Programie w ciągu ostatnich 12 miesięcy**

.....

Data i czytelny podpis uczestnika Programu.....