

Załącznik Nr 2

Wyrażam zgodę na

udział w programie profilaktyki zakażeń HCV i przeprowadzenie badania diagnostycznego zakażenia HCV

TAK NIE

pozostawienie pobranej próbki w banku krwi celem wykonania dodatkowych badań, jeśli będzie to niezbędne

TAK NIE

wykorzystanie moich danych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania: miasto/wieś oraz wyniku badania krwi) do zbiorczego opracowania statystycznego wyników programu przesiewowego HCV

TAK NIE

Data i czytelny podpis _____

Z up. PREZYDENTA MIASTA RZESZOWA

Szymon Sienko
ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA RZESZOWA