Załącznik Nr 2 do umowy Nr…… zawartej w dniu………. pomiędzy miastem Rzeszów a……………………………..

Pieczęć Świadczeniodawcy

**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 □

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

Tak □ Nie □

wykorzystanie moich danych (wiek, płeć, podstawa kwalifikacji do udziału w niniejszym Programie czynnik ryzyka medyczny/społeczny oraz wynik badania krwi) do miesięcznego i zbiorczego sprawozdania statystycznego dotyczącego wyników niniejszego Programu, celem udokumentowania jego realizacji

Tak □ Nie □

wgląd do rejestru osób przebadanych w ramach niniejszego Programu Udzielającemu zamówienia, celem bieżącego monitorowania i kontroli jego realizacji

Tak □ Nie □

Data i czytelny podpis uczestnika Programu……………………………………………………