

Załącznik Nr 2 do umowy Nr
zawartej w dniu pomiędzy
Gminą Miasto 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.....

4) Nie zdiagnozowano u mnie wcześniej zakażenia wirusem HCV

Data i czytelny podpis uczestnika Programu.....