



Program wczesnego wykrywania zakażenia wirusem HCV

**ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE KAWLIFIKACJI ORAZ BADANIA
W KIERUNKU ZAKAŻENIA WIRUSEM HCV**

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na przeprowadzenie kwalifikacji do badania oraz na badanie przesiewowe w kierunku zakażenia wirusem HCV przez pracowników Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach lub Filii GOZ Pogódkach.

Data

Podpis