…………………….…………

 pieczątka zakładu pracy

**Deklaracja uczestnictwa w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych w kierunku HCV „Test na HCV-Prosty krok do zdrowia”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | Nazwa zakładu pracy: |  |
| 2) | Liczba osób zatrudnionych: |  |
| 3) | Liczba osób zainteresowanych badaniem: |  |
| 4) | Osoba do kontaktu: |  |

 Zobowiązuje się zapewnić pomieszczenie do przeprowadzenia badań.

Mrągowo, dnia ………………… ………………….……………………………

 podpis osoby reprezentującej zakład pracy