*Załącznik nr 3*

……………………………………………..

Pieczęć firmowa Wykonawcy

# OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PUBLIKACJĘ

Działając w imieniu Oferenta wyrażam zgodę na umieszczenie informacji\*   
o reprezentowanej przeze mnie Placówce Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej   
na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny Państwowego Instytutu Badawczego oraz stronie dedykowanej realizacji programu wraz z podaniem telefonu dla pacjentów uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach projektu pt. „Profilaktyka chorób odkleszczowych w makroregionie centralnym”.

………………………………….….....

Miejscowość, data

……………………………………………

Pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki AOS

*\*Informacja publikowana będzie wyłącznie w celu informowania o udziale Placówki w projekcie pn: „Profilaktyka chorób odkleszczowych w makroregionie centralnym””.*