**Přihláška k Evropskému testovacímu týdnu**

Název organizace:

Datum a čas testování:

Místo/adresa:

Kraj:

**U následujících položek vyberte prosím vhodnou možnost:**

Mobilní testování: ano/ne

Testování na HIV: ano/ne
Anonymní: ano/ne
Testování: žilní krev/ kapilární krev/ sliny

Testování na HBV: ano/ne
 Testování: žilní krev/ kapilární krev

Testování na HCV: ano/ne
 Testování: žilní krev/ kapilární krev

Cílová skupina(y): široká veřejnost/muži mající sex s muži/injekční uživatelé drog/sexuální pracovnice/jiní (prosím uveďte)

Jiné doprovodné aktivity kromě poradenství a testování:

Zúčastnil jste se již minulých ročníků? Ano/Ne.

Kontaktní osoba:

E-mail:

Telefon:

Poznámka: Kontaktní údaje nebudou zveřejněny.

**Vyplněnou přihlášku zašlete prosím na adresu** **prevencehiv@szu.cz** **nejpozději do 4. listopadu 2015.**