

Suministro de test diagnósticos de hepatitis C para centros de atención a usuarios de drogas

**Datos de contacto del centro solicitante:**

- Nombre del centro
- Dirección completa
- Persona de contacto
- Teléfono
- Email
- ¿Tiene la acreditación de su Comunidad Autónoma para atender Trastornos Adictivos?

**Datos de la Entidad de la que depende el centro solicitante:**

- Nombre de la entidad
- Dirección completa
- Dependencia jurídica

**Datos de contacto del representante legal de la entidad:**

- Nombre y apellidos
- Teléfono
- Email

**Tipo de test que solicita (indique el número):**

- Oraquick
- Tarjetas DBS whatman

**El centro solicitante declara que cumple con los requisitos del programa DETECT-C\*:**

Sí No

- Declara que en el momento de esta solicitud no tiene vigente ningún otro programa o subvención de Gilead Sciences que incluya test diagnósticos para la detección del VHC.
- Declara tener personal cualificado para la realización de las pruebas solicitadas.
- Se compromete a informar a los pacientes del resultado de la(s) prueba(s). Si alguna de las pruebas es positiva, el centro se compromete a derivar al paciente al centro de asistencia sanitaria oportuna.
- En el caso de solicitar las tarjetas DBS whatman, el centro solicitante se compromete a remitir este tipo de muestras en buen estado de conservación y transporte a un laboratorio clínico que tenga un protocolo establecido para analizar el ARN-VHC en las tarjetas DBS whatman.
- Declara que el número de test diagnósticos solicitados a Socidrogalcohol para el periodo de duración del Convenio no supone más del 50% de la necesidad de suministro de tests para la hepatitis C del centro solicitante en un año.

Defina el número estimado de usuarios de su centro (por ejemplo, basado en el año anterior a la solicitud).

\*La adjudicación está sujeta a la comprobación por parte de Socidrogalcohol y Gilead y el cumplimiento de los requisitos. Socidrogalcohol informará mediante email de la aceptación o denegación de la solicitud.

Y para que así conste se firma la presente solicitud en  a  de 20

Nombre:

Cargo:

Centro: