

Miejscowość..... dnia.....

Zgoda na szczepienie
rodzica/opiekuna prawnego osoby nieletniej objętej świadczeniami

Ja,
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

zam.
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę na zaszczepienie pełnym cyklem mojego dziecka

..... pesel dziecka.....
(imię i nazwisko dziecka)

szczepionką przeciw wirusom HPV (6,11,16,18), odpowiedzialnym między innymi za raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy, raka odbytnicy oraz brodawki płciowe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Przychodnię Lekarską Master-Med. Ul. Rzemieślnicza 4 w Mścicach moich danych osobowych na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem przez Realizatora Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV w ramach umowy zawartej z Gminą Będzino.

.....
(nr telefonu kontaktowego)

.....
(czytelny podpis rodzica)

Profilaktyka Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV finansowana z budżetu Gminy Będzino

