

adres zameldowania dziecka:

telefon rodzica / opiekuna prawnego:

nazwa szkoły dziecka:

Wieluń, dnia 2018 r.

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na szczepienie osoby nieletniej objętej świadczeniami

Ja, zam.
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego) *(adres zameldowania)*

wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

dwoma dawkami szczepionki Silgard (od 2019 r. szczepionka Silgard wystąpi pod nazwą Gardasil).

.....
(czytelny podpis rodzica)

Oświadczam, że zostałem/lam poinformowany/na iż administratorem danych osobowych moich i mojego dziecka/podopiecznego jest NZOZ Hipokrates. ul. Kolejowa 6, 98-300 Wieluń. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek obowiązkowe, jeśli osoba deklaruje chęć uczestnictwa w programie. Każdy uczestnik programu posiada prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również odwołania zgody na ich przetwarzanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
(czytelny podpis rodzica)