

Kobierzyce, dnia ..... 2016 r.

.....  
telefon kontaktowy

***Zgoda na szczepienie***

***rodzica/opiekuna prawnego osoby nieletniej objętej świadczeniami***

Ja, .....  
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

zam. ....  
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

szczepionką przeciw wirusowi HPV, odpowiedzialnemu między innymi za raka szyjki macicy.

Moja córka jest zapisana do .....  
(proszę podać nazwę poradni)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez NZOZ Przychodnia Rodzinna Kajderowicz i Biliński, Sobótka ul. Wolności 1, moich danych osobowych na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem przez Realizatora Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV w ramach umowy zawartej z Urzędem Gminy w Kobierzycach.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

.....