

Załącznik nr 1
do umowy nr BRG.8010.0001.2017.002.17
z dnia 13.03.2017 r.

Kobierzyce, dnia 2017 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/ nie wyrażam zgody* 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 Gminę Kobierzyce oraz, moich danych osobowych na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem przez realizatora „Szczepienia profilaktyczne przeciwko rakowi szyjki macicy urodzonych w roku 2005 mieszkanek - Gminy Kobierzyce”, w ramach umowy zawartej z Gminą Kobierzyce.

Zostałem poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

.....
podpis

* właściwe podkreślić