

**FORMULARZ ZGODY
NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO WIRUSOWI HPV**

Imię i nazwisko szczepionej

Rok urodzenia szczepionej

Imię i nazwisko Rodzica (przedstawiciela ustawowego)

Miejsce zamieszkania

Telefon, e-mail

Imię i nazwisko oraz nazwa praktyki lekarza POZ

.....

Ja niżej podpisany (a) oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. szczepienia oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w tym szczepieniu i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części szczepienia bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział mojego dziecka w szczepieniu nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji szczepień zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

➤ **Wyrażam zgodę na podanie szczepionki mojej córce.**

.....

Miejscowość, data i czytelny podpis rodzica (przedstawiciela ustawowego)