

**FORMULARZ ZGODY
NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO WIRUSOWI HPV**

Imię i nazwisko szczepionej.....

PESEL.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego.....

Miejsce zamieszkania

telefon, e-mail

Imię i nazwisko oraz nazwa praktyki lekarza POZ

.....

Ja niżej podpisany (a)**wyrażam**
dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w szczepieniu i jestem świadomy(a) faktu, że
w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części szczepienia bez podania
przyczyny. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji
szczepień zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

.....

Miejscowość, data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego