



ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW NA SZCZEPIENIE DZIECKA

Oświadczam, że znajduje się pod moją opieką,
Imię i nazwisko dziecka adres zameldowania dziecka
i wyrażam zgodę na wykonanie u niej szczepienia ochronnego przeciwko rakowi szyjki macicy w ramach profilaktycznych szczepień wśród dziewczynek urodzonych w roku 2009 oraz dziewcząt, które z jakichś przyczyn nie zostały zaszczepione w latach poprzednich, zameldowanych na terenie Gminy Słupsk. Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi szczepionki. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i córki/podopiecznej na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem powyższego programu.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna Adres telefon

Czy w ciągu ostatnich 30 dni dziecko było szczepione przeciwko TD? Słupsk, dn.
Podpis rodzica/opiekuna



ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW NA SZCZEPIENIE DZIECKA

Oświadczam, że znajduje się pod moją opieką,
Imię i nazwisko dziecka adres zameldowania dziecka
i wyrażam zgodę na wykonanie u niej szczepienia ochronnego przeciwko rakowi szyjki macicy w ramach profilaktycznych szczepień wśród dziewczynek urodzonych w roku 2009 oraz dziewcząt, które z jakichś przyczyn nie zostały zaszczepione w latach poprzednich, zameldowanych na terenie Gminy Słupsk. Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi szczepionki. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i córki/podopiecznej na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem powyższego programu.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna Adres telefon

Czy w ciągu ostatnich 30 dni dziecko było szczepione przeciwko TD? Słupsk, dn.
Podpis rodzica/opiekuna



ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW NA SZCZEPIENIE DZIECKA

Oświadczam, że znajduje się pod moją opieką,
Imię i nazwisko dziecka adres zameldowania dziecka
i wyrażam zgodę na wykonanie u niej szczepienia ochronnego przeciwko rakowi szyjki macicy w ramach profilaktycznych szczepień wśród dziewczynek urodzonych w roku 2009 oraz dziewcząt, które z jakichś przyczyn nie zostały zaszczepione w latach poprzednich, zameldowanych na terenie Gminy Słupsk. Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi szczepionki. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i córki/podopiecznej na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem powyższego programu.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna Adres telefon

Czy w ciągu ostatnich 30 dni dziecko było szczepione przeciwko TD? Słupsk, dn.
Podpis rodzica/opiekuna



ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW NA SZCZEPIENIE DZIECKA

Oświadczam, że znajduje się pod moją opieką,
Imię i nazwisko dziecka adres zameldowania dziecka
i wyrażam zgodę na wykonanie u niej szczepienia ochronnego przeciwko rakowi szyjki macicy w ramach profilaktycznych szczepień wśród dziewczynek urodzonych w roku 2009 oraz dziewcząt, które z jakichś przyczyn nie zostały zaszczepione w latach poprzednich, zameldowanych na terenie Gminy Słupsk. Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi szczepionki. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i córki/podopiecznej na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem powyższego programu.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna Adres telefon

Czy w ciągu ostatnich 30 dni dziecko było szczepione przeciwko TD? Słupsk, dn.
Podpis rodzica/opiekuna

Bardzo prosimy, by każda dziewczynka przyniosła z sobą na szczepienie Książeczkę Szczepień (Książeczka Zdrowia Dziecka).

Szczepienia odbędą się w przychodni POZ SALUS, Siemianice, ul. Rzemieślnicza 10, tel. (59) 848 90 95, kom. 887 87 87 16, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu z przychodnią.

Bardzo prosimy, by każda dziewczynka przyniosła z sobą na szczepienie Książeczkę Szczepień (Książeczka Zdrowia Dziecka).

Szczepienia odbędą się w przychodni POZ SALUS, Siemianice, ul. Rzemieślnicza 10, tel. (59) 848 90 95, kom. 887 87 87 16, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu z przychodnią.

Bardzo prosimy, by każda dziewczynka przyniosła z sobą na szczepienie Książeczkę Szczepień (Książeczka Zdrowia Dziecka).

Szczepienia odbędą się w przychodni POZ SALUS, Siemianice, ul. Rzemieślnicza 10, tel. (59) 848 90 95, kom. 887 87 87 16, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu z przychodnią.

Bardzo prosimy, by każda dziewczynka przyniosła z sobą na szczepienie Książeczkę Szczepień (Książeczka Zdrowia Dziecka).

Szczepienia odbędą się w przychodni POZ SALUS, Siemianice, ul. Rzemieślnicza 10, tel. (59) 848 90 95, kom. 887 87 87 16, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu z przychodnią.