



Słupsk



ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW NA SZCZEPIENIE DZIECKA

SALUS

Załącznik nr 1 do programu

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 dziewczyn urodzonych w roku 2003 zameldowanych na terenie Miasta Słupska, Gminy Słupsk i Gminy Kobylnica. 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



Słupsk



ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW NA SZCZEPIENIE DZIECKA

SALUS

Załącznik nr 1 do programu

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 dziewczyn urodzonych w roku 2003 zameldowanych na terenie Miasta Słupska, Gminy Słupsk i Gminy Kobylnica. 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



Słupsk



ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW NA SZCZEPIENIE DZIECKA

SALUS

Załącznik nr 1 do programu

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 dziewczyn urodzonych w roku 2003 zameldowanych na terenie Miasta Słupska, Gminy Słupsk i Gminy Kobylnica. 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



Słupsk



ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW NA SZCZEPIENIE DZIECKA

SALUS

Załącznik nr 1 do programu

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 dziewczyn urodzonych w roku 2003 zameldowanych na terenie Miasta Słupska, Gminy Słupsk i Gminy Kobylnica. 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).

W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z Przychodnią SALUS Słupsk, ul. Szafranka 10, tel (059) 848 25 50, 848 25 55

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

W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z Przychodnią SALUS Słupsk, ul. Szafranka 10, tel (059) 848 25 50, 848 25 55

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

W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z Przychodnią SALUS Słupsk, ul. Szafranka 10, tel (059) 848 25 50, 848 25 55

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

W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z Przychodnią SALUS Słupsk, ul. Szafranka 10, tel (059) 848 25 50, 848 25 55