



Lublin, dniar.

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA FAKTYCZNEGO*

Oświadczam, że po poinformowaniu mnie o: wskazaniach, uwarunkowaniach zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazania do zaszczepienia, niepożądanych odczynach poszczepiennych, wyrażam zgodę na szczepienie przeciw

(podać nazwę szczepienia)

u(podać imię i nazwisko pacjenta).

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*)

*- niepotrzebne skreślić