



**Uwaga! : Wypełniony formularz prosimy oddać
do sekretariatu szkoły lub do rejestracji w naszych placówkach
medycznych albo wysłać na adres mailowy:
f1.rejestracja@zozmedical.com.pl**

FORMULARZ ZGODY NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO WIRUSOWI HPV

I. Dane osobowe:

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Data urodzenia dziecka:

.....

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych:

.....tel.:

Adres zamieszkania dziecka.....

.....

II. Lekarz rodzinny dziecka oraz nazwa przychodni:

.....

Wyrażam zgodę na:

1. Podanie szczepionki przeciwko wirusowi HPV mojej córce.
2. Przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb wykonania szczepienia HPV, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).



.....
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Adres placówki, w której odbędą się szczepienia:

**Zakład Opieki Zdrowotnej "Medical" w Puławach, ul. Kruka 2
Rejestracja: 814 714 160 lub 814 714 161**

