Uwaga! : Wypełniony formularz proszę oddać do sekretariatu szkoły do dnia 10 maja 2019 roku.

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).

Chronię życie przed rakiem szyjki macicy
www.hpv.pl

……
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Prosimy wybrać oraz zaznaczyć termin podania I dawki szczepionki. W przypadku niezaznaczenia odpowiedniego dla Państwa terminu będziemy się z Państwem kontaktować i ustalać dogodną datę zaszczepienia.

Planowane terminy podania I dawki:

- 17 maja 2019 r. (11.00-16.00)
- 23 maja 2019 r. (13.00-16.00)
- 24 maja 2019 r. (11.00-16.00)
- 30 maja 2019 r. (13.00-16.00)
- 06 czerwca 2019 r. (13.00-16.00)
- 14 czerwca 2019 r. (11.00-16.00)

Miejsce szczepienia:

Zakład Opieki Zdrowotnej" Medical" w Puławach, ul. Kruka 2

medical