



## 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**