



Pruszcz, dnia r.

Przychodnia Rodzinna ALMEDIC
ul. Witosa 3, 86-120 Pruszcz

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



Pruszcz, dnia r.

Przychodnia Rodzinna ALMEDIC
ul. Witosa 3, 86-120 Pruszcz

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