

Tarnowskie Góry,.....

.....

Imię i nazwisko uczestnika programu polityki zdrowotnej / PESEL dziecka /

.....

(numer telefonu kontaktowego do rodzica/opiekuna)

ZGODA NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody * na uczestnictwo

.....

(imię i nazwisko uczestnika programu polityki zdrowotnej)

w programie polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) miasta Tarnowskie Góry” w 2022r. poprzez wykonanie szczepień przeciwko rakowi szyjki macicy (HPV)

.....

(imię i nazwisko oraz podpis rodzica/opiekuna
prawnego uczestnika programu)

* niepotrzebne skreślić

Tarnowskie Góry,.....

.....

Imię i nazwisko uczestnika programu polityki zdrowotnej / PESEL dziecka /

.....

(numer telefonu kontaktowego do rodzica/opiekuna)

ZGODA NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody * na uczestnictwo

.....

(imię i nazwisko uczestnika programu polityki zdrowotnej)

w programie polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) miasta Tarnowskie Góry” w 2022r. poprzez wykonanie szczepień przeciwko rakowi szyjki macicy (HPV)

.....

(imię i nazwisko oraz podpis rodzica/opiekuna
prawnego uczestnika programu)

* niepotrzebne skreślić