

Centrum Medyczne RH5

Ul. Strzelców 11b, 31-422 Kraków

Zgoda na jednorazowe wykonanie szczepienia

Oświadczam, że wyrażam jednorazową zgodę na wykonanie szczepienia:

.....
(nazwa szczepionki/ preparatu)

dla.....
(imię i nazwisko małego)

data urodzenia:,

(data urodzenia małego)

numer PESEL:

(numer pesel małego)

w dniu

(data wykonania szczepienia)

..... miejscowość, data

..... czytelny podpis