

**FORMULARZ ZGODY  
NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO COVID 19**

Imię i nazwisko osoby szczepionej

.....

Imiona i nazwiska rodziców/ prawnych opiekunów

.....

Miejsce zamieszkania

.....

telefon, e-mail

.....

Szczepienie odbędzie się w towarzystwie lekarza POZ, szczepionką Comirnaty firmy Pfizer.

Przybliżony termin szczepienia: 3 tydzień września 2021 r w NZOZ SOKRATES

w Niechobrze.

Ja niżej podpisany (a) .....**wyrażam**  
**dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w szczepieniu** i jestem świadomy(a) faktu,  
że w możliwie najszybszym terminie( nie później niż tydzień przed wskazaną datą szczepienia)  
mogę wycofać się z wyrażonej zgody bez podania przyczyny.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji szczepień  
zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

.....

*Miejscowość, data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów*