

**OŚWIADCZENIE ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE
ŚWIADCZENIA W RAMACH REALIZACJI
„PROGRAMU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ PNEUMOKOKOWYCH
I MENINGOKOKOWYCH WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY Z GRUP NAJWIĘKSZEGO
RYZYKA ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE POWIATU BOCHEŃSKIEGO”**

Uczestnik programu:
(Imię) (Nazwisko)

Data urodzenia:/...../..... PESEL:
DD MM RR

Miejsce zamieszkania:

Rodzaj wykonywanego świadczenia:

Zgodnie z art. 19 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 30. sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie świadczenia zdrowotnego mi/mojemu dziecku/mojemu podopiecznemu w formie szczepienia przeciwko wyżej określonej bakterii. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/a możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23. grudnia 2002 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych (Dz. U. z 2002 r. Nr 241, poz. 2097 z późn. zm.).

.....
Data

.....
Podpis(rodzica/opiekuna/beneficjenta)