Kędzierzyn-Koźle, dnia ...........................2021 r.

**Zgoda na szczepienie**

**rodzica/opiekuna prawnego osoby nieletniej objętej świadczeniami**

Ja, .................................................................................................................................................

*(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)*

zam. ..............................................................................................................................................

*(adres zamieszkania)*

wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka

.......................................................................................................................................................

*(imię i nazwisko dziecka + pesel )*

**szczepionką Gardasil 9 ( dziewięciowalentna ) \* - przeciw wirusowi HPV, odpowiedzialnemu między innymi za raka szyjki macicy.**

**\*Pełna informacja na temat produktu Gardasil – charakterystyka produktu leczniczego wraz z możliwymi powikłaniami, dostępna jest w rejestracji Kliniki Nova oraz u pielęgniarki szczepiącej, można ją również pobrać ze strony internetowej producenta firmy MSC VACCINS oraz na stronie** [**https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-9-epar-product-information\_pl.pdf**](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-9-epar-product-information_pl.pdf)

 ......................................................................

 (czytelny podpis rodzica )

**Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy że jeśli w trakcie szczepienia zmienię miejsce zameldowania poza miasto Kędzierzyn – Koźle pokryję koszty tej dawki szczepienia w czasie której moje dziecko nie będzie zameldowane na terenie miasta Kędzierzyn - Koźle, przy czym przyjmuję do wiadomości, że każda dawka szczepienia to 550 zł.**

 ......................................................................

(czytelny podpis rodzica )

**Proszę o podanie tel. kontaktowego:**

……………………………………….