Kędzierzyn-Koźle, dnia ...........................2022 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 ( dziewienciowalentna ) \* - 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://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20180219140172/anx\_140172\_pl.pdf

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

(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego )

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 / opiekuna prawnego )

**Proszę o podanie dwóch numerów telefonów kontaktowych: **

……………………………………….

……………………………………….