

Nazwa oferenta
**Specjalistyczna
Przychodnia Lekarska
„EDICTUM” Sp. z o.o.**

Imię i nazwisko dziecka:
PESEL dziecka:
adres zameldowania dziecka:
telefon komórkowy rodzica / opiekuna prawnego:
imię, nazwisko lekarza rodzinnego dziecka:
nazwa Poradni Dziecięcej dziecka

....., dnia 2016 r.

***Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego o zameldowaniu dziecka na terenie powiatu
poznańskiego.***

Ja, zam.
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego) (adres zameldowania)

oświadczam że moje dziecko jest zameldowane na terenie gminy
powiatu poznańskiego.

***Wyrażam zgodę na udział dziecka w szczepieniu w ramach „Programu profilaktyki zakażeń
pneumokokowych wśród dzieci z powiatu poznańskiego” w 2016 roku (kontynuacja)
i oświadczam, że moje dziecko nie jest objęte programem obowiązkowych szczepień
ochronnych przeciwko zakażeniom pneumokokowym na podstawie obowiązujących
przepisów prawa.***

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb realizacji
„Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci z powiatu poznańskiego”
w 2016 roku (kontynuacja), zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97r. o ochronie danych
osobowych, Dz.U. nr 133, poz. 883 oraz Dz.U. z 2015 roku poz. 2135 ze zm.***

.....
(czytelny podpis rodzica)