

Żórawina, dnia.....

**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)*

szczepionką przeciw wirusowi HPV, odpowiedzialnemu między innymi za raka szyjki macicy.

Moja córka jest zapisana do .....

(proszę podać nazwę poradni)

.....

(czytelny podpis rodzica )

**Proszę o podanie tel. kontaktowego:**