



Brzeg Dolny

data

**O Ś W I A D C Z E N I E P A C J E N T A O P R A W I D Ł O W Y M P R Z E C H O W Y W A N I U
I T R A N S P O R C I E S Z C Z E P I O N K I O R A Z Z G O D A N A P O D A N I E T E J S Z C Z E P I O N K I**

Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko),
.....(pesel), będąc rodzicem / opiekunem prawnym*
..... (imię i nazwisko) niniejszym oświadczam,
iż szczepionka :

NAZWA HANDLOWA	DAWKA I NR SERII	DATA WAŻNOŚCI	DATA I MIEJSCE ZAKUPU

przechowywana była zgodnie z zaleceniami podmiotu odpowiedzialnego oraz transportowana w opakowaniu termoizolacyjnym, otrzymanym w aptece.

Wyrażam świadomą zgodę na podanie w/w produktu leczniczego.

data i podpis osoby przyjmującej
oświadczenie

czytelny podpis rodzica/
opiekuna prawnego

STOSOWNE OŚWIADCZENIE ZOSTANIE DOŁĄCZONE DO AKT HISTORII CHOROBY.

*niewłaściwe skreślić