

Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Obornikach
Oddział Noworodkowy

Data .....

Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka według obowiązującego Programu Szczepień Ochronnych (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.08.2011 r. Dz.U. Nr 182&7.1.) **- bez mojej obecności.**

Podpis matki

.....



Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Obornikach
Oddział Noworodkowy

Data .....

Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka według obowiązującego Programu Szczepień Ochronnych (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.08.2011 r. Dz.U. Nr 182&7.1.) **- bez mojej obecności.**

Podpis matki

.....