75

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

.....

z. 562/2018 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl