**** Załącznik nr 10/do oferty

 Miejscowość ……………………. dnia ……………………………

 ***Zgoda na szczepienie***

***rodzica/opiekuna prawnego osoby nieletniej objętej świadczeniami zdrowotnymi zapisanymi w ,,Powiatowym Programie cna lata 2015-2019’’***

Ja, ……………………………………………………………………………………………………………………………………….. (imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \*na szczepienie mojego dziecka/ podopiecznego\*

………………………………………………………………………… PESEL dziecka ………………………………………………………. (imię nazwisko dziecka)

Szczepionką (2 dawki) przeciw wirusom HPV (6, 11, 16, 18), odpowiedzialnym między innymi za raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy, raka odbytnicy, oraz brodawki płciowe), każdorazowo po pozytywnym zakwalifikowaniu przez lekarza pediatrę.

Oświadczam, że moje dziecko/podopieczny\* zamieszkuje na terenie Gminy ……………………………………………….

……………………………………………………………………………………….. ……………………………………………….. (adres zamieszkania) (telefon kontaktowy)

............................................................................................................................................................ ……………

 (nazwa i adres szkoły ucznia)

 ................................................................................. (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\*)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Szpital Miejski w Miastku Sp. z o.o. 77-200 Miastko, ul. Generała Wybickiego 30 moich danych osobowych na potrzeby związane z realizacja i rozliczeniem przez Realizatora Powiatowego Programu Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego( HPV)

 .......................................................................... (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\*)

**\*Niepotrzebne skreślić**

****