CENTRUM MEDYCZNE
DPMED

.....
miejscowość, data

Oświadczenie

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym* (w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) małoletniego .....
(*imię i nazwisko małoletniego, nr pesel*).

Potwierdzam, że zgodnie z art. 17 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) oświadczam, że moje dziecko ..... (imię i nazwisko małoletniego) szczepione jest według obowiązującego kalendarza szczepień ochronnych w .....
.....
(nazwa placówki, adres, telefon)

W powyżej wskazanym przeze mnie miejscu, znajduje się także oryginalna karta uodpornienia mojego syna/córki *.

W przypadku zmiany miejsca wykonywania obowiązkowych szczepień ochronnych u mojego dziecka, zobowiązuję się do niezwłocznego udzielenia takiej informacji w placówce DP MED:

- osobiście
- lub telefonicznie 22 29 29 800
- lub wysyłając wiadomość na e-mail: info@dpmed.pl

.....
Czytelny podpis
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego*

- *niepotrzebne skreślić**