

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....
w programie „ Profilaktyka szczepień przeciwko HPV prowadzonym przez Urząd
Miasta Siechnice oraz Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie.

.....
Data i podpis rodzica lub opiekuna dziecka

.....
numer telefonu

Siechnice.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....
w programie „ Profilaktyka szczepień przeciwko HPV prowadzonym przez Urząd
Miasta Siechnice oraz Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie.

.....
Data i podpis rodzica lub opiekuna dziecka

.....
numer telefonu