

N y i l a t k o z a t
RotaTeq oltóanyag beadásához történő hozzájárulásról

Alulírott

szülő /törvényes képviselő adatai:

- név:
- születési hely, idő:
- lakcím:
- elérhetőség:.....,

mint

gyermek adatai:

- név:
- születési hely, idő:
- anyja neve:
- lakcím:

szülője (törvényes képviselője) a RotaTeq védőoltásról rendelkezésemre álló információk alapján¹

hozzájárok ahhoz, hogy Szolnok Megyei Jogú Város Önkormányzata által, térítésmentesen biztosított RotaTeq védőoltást (teljes oltási sorozat) gyermekem megkapja.

Jelen nyilatkozat aláírásával vállalom, hogy a védőoltásokat az oltási sorozat megkezdése esetén igénybe fogom venni.

Házi gyermekorvos neve:

Telefonszáma:

nem járulok hozzá, hogy Szolnok Megyei Jogú Város Önkormányzata által, térítésmentesen biztosított RotaTeq védőoltást (teljes oltási sorozat) gyermekem megkapja..

Szolnok,

.....
szülő / törvényes képviselő aláírása

¹ A megfelelő részt kérem, X-szel jelölje meg.