



79

MS

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

.....