

## Zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV

Ja .....

(Imię i nazwisko)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

.....

(Imię i nazwisko osoby małoletniej)

Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję wolę wykonania szczepienia szczepionką <sup>1</sup> :

a. Gardasil 9

b. Cervarix

u mojego dziecka. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem <sup>1</sup>

.....  
(Data i czytelny podpis)

---

<sup>1</sup> Podkreśl właściwe.