

## UPOWAŻNIENIE

dotyczy zgody na wizyty związane ze **szczepieniem ochronnym** u dziecka **po ukończeniu 6 roku życia** z opiekunem, w przypadku nieobecności rodzica, opiekuna ustawowego lub opiekuna faktycznego

Imię i nazwisko dziecka: .....

Numer pesel dziecka: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania dziecka: .....

Upoważniam niżej wymienioną osobę do sprawowania opieki nad moim dzieckiem, w czasie badania kwalifikowanego oraz obowiązkowego/dodatkowego\* szczepienia ochronnego. Jednocześnie informuję o braku wiadomych mi uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

### Osoba upoważniona:

Imię i nazwisko: .....

Numer pesel: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: .....

Seria i numer dowodu osobistego: .....

### Dane opiekuna ustawowego/rodzica/opiekuna faktycznego\*:

Imię i nazwisko: .....

Numer pesel: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

Zgoda jest ważna bezterminowo/na okres\* od ..... do .....

.....  
data

.....  
podpis opiekuna ustawowego/rodzica/opiekuna faktycznego\*

\*niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych §7.



**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Promed Sp. z o.o.**

ul. L. Różyckiego 6  
58-506 Jelenia Góra

NIP: 611-23-69-825  
REGON: 230914124

KRS: 000012728  
Kapitał zakładowy: 50 000 PLN

Spółka jest podmiotem leczniczym prowadzącym przedsiębiorstwo lecznicze Zakład Medyczny wpisane do Rejestru Wojewody Dolnośląskiego pod nr 000000001691

tel. +48 75 64 17 100 | [www.e-promed.pl](http://www.e-promed.pl)