

## **ZGODA NA POWIERZENIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z zadeklarowanym udziałem mojej córki .....  
w „**Programie szczepień przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dziewcząt urodzonych w 2009 roku – mieszkanek Gminy Kobierzyce**” wyrażam zgodę na przekazanie przez Gminę Kobierzyce podmiotowi wykonującemu szczepienia tj. NZOZ Przychodnia Rodzinna Kajderowicz i Biliński, Małgorzata Kajderowicz-Kowalik następujących danych:

### **DANE DZIECKA**

1. Imię i nazwisko .....
2. Adres zamieszkania.....
3. Data urodzenia .....
4. PESEL .....

### **DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

1. Imię i nazwisko .....
2. Adres zamieszkania.....
3. Numer telefonu.....
4. E-mail.....

Dane mają zostać wykorzystane w celach niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych – „**Program szczepień przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) dziewcząt urodzonych w 2009 roku – mieszkanek Gminy Kobierzyce**”

.....  
Imię i nazwisko  
/podpis czytelny/

.....  
Miejscowość, data