

NYILATKOZAT
MENINGOCOCCUS B baktérium elleni védőoltáshoz

Az oltásra jogosult törvényes képviselője:

Neve: _____ születési neve: _____
Anyja neve: _____ családi állapota: _____
_____ születési hely _____ év _____ hó _____ nap
Lakóhely: 3300 EGER _____ u. _____ hsz. _____ em. _____ ajtó
Telefonszám /nem kötelező/: _____
E-mail cím /nem kötelező/: _____

Az oltásra jogosult törvényes képviselője:

Neve: _____ születési neve: _____
Anyja neve: _____ családi állapota: _____
_____ születési hely _____ év _____ hó _____ nap
Lakóhely: 3300 EGER _____ u. _____ hsz. _____ em. _____ ajtó
Telefonszám /nem kötelező/: _____
E-mail cím /nem kötelező/: _____

Az oltásra jogosult gyermek:

Neve: _____ születési neve: _____
Anyja neve: _____ TAJ: _____
_____ születési hely _____ év _____ hó _____ nap
Lakóhely: 3300 EGER _____ u. _____ hsz. _____ em. _____ ajtó
Háziorvos neve, elérhetősége: _____

Nyilatkozom, hogy

- az oltásra jogosult 0-12 hónapos gyermekem egri bejelentett lakóhellyel, valamint az egyik törvényes képviselője Eger város közigazgatási területén legalább egy éve bejelentett lakóhellyel rendelkezik,
- hozzájárok a nyilatkozatban közölt adatok ellenőrzéséhez
- a támogatás igénybevételéről szóló adatkezelési tájékoztatót megismertem, és az abban foglaltakat tudomásul veszem,
- beleegyezem, hogy gyermekem a háziorvossal történt egyeztetés után az önkormányzat által biztosított legfeljebb kettő darab Meningococcus B - fertőző agyhártyagyulladás - elleni védőoltást (BEXSERO) felvegye,
- tudomásul veszem, ha a feltételeknek nem felelek meg, a prevenció célú védőoltás önkormányzati finanszírozással történő felvételére nem jogosult a gyermekem.

A háziorvos a nem kötelező védőoltás beadásáért térítési díjat kérhet.

A nyilatkozat beadásának határideje: a gyermek 4 hónapos koráig.

Eger, _____ év _____ hónap _____ nap

törvényes képviselő aláírása

törvényes képviselő aláírása