

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jest zameldowana
na terenie Poznania.

Zobowiązuję się pokryć pełne koszty szczepienia (w kwocie 500 zł za dawkę)
wraz z badaniem i podaniem w przypadku nieprawdziwości oświadczenia
lub z chwilą przerwania pełnego cyklu szczepienia.

data i podpis

przedstawiciela ustawowego / opiekuna*

* niepotrzebne skreślić

Realizacja świadczeń zdrowotnych finansowana ze środków budżetowych Miasta Poznań.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jest zameldowana
na terenie Poznania.

Zobowiązuję się pokryć pełne koszty szczepienia (w kwocie 500 zł za dawkę)
wraz z badaniem i podaniem w przypadku nieprawdziwości oświadczenia
lub z chwilą przerwania pełnego cyklu szczepienia.

data i podpis

przedstawiciela ustawowego / opiekuna*

* niepotrzebne skreślić

Realizacja świadczeń zdrowotnych finansowana ze środków budżetowych Miasta Poznań.