

*Załącznik nr 3 do ogłoszenia konkursu ofert  
na wybór w 2017 roku realizatora programu polityki  
zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń  
pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu  
o szczepie przeciwko pneumokokom w województwie  
kujawsko-pomorskim” w zakresie koordynacji programu*

### ***Oświadczenie uczestnika programu o zameldowaniu***

Ja, ..... oświadczam że jestem zameldowany na terenie  
*(imię i nazwisko osoby szczepionej)*

gminy: ..... pod adresem: .....  
*(adres zameldowania)*

PESEL : .....

Podmiot leczniczy sprawujący nad uczestnikiem programu opiekę medyczną w ramach POZ:

.....  
.....  
*(nazwa i adres)*

.....  
*czytelny podpis uczestnika programu*

***Ponadto wyrażam zgodę na udział w „Programie profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” i oświadczam, że nie przyjąłem/przyjęłam wcześniej żadnej dawki szczepionki przeciwko zakażeniom pneumokokowym oraz oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przebiegu szczepienia i możliwych powikłaniach.***

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*czytelny podpis uczestnika Programu*



***„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”***