

Miejscowość, dzień

.....

OŚWIADCZENIE

JA NIŻEJ PODPISANY/PODPISANA

oświadczam , że nie mam możliwości samodzielnego dotarcia do punktu
szczepień/ lub dysponuję orzeczeniem o znacznym stopniu
niepełnosprawności.

imię i nazwisko,

adres zamieszkania lub pobytu,

nr telefonu do kontaktu,

data i miejsce szczepienia.....

numer orzeczenia o niepełnosprawności, nazwę organu
wydającego.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z transportem do punktu
szczepień.

podpis czytelny