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