OŚWIADCZENIE

Ja,……………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Imię i Nazwisko pacjenta, nr pesel)

Zamieszkały/a………………………………………………………………………………………………………………………….

oświadczam, że szczepionka/lek …………………………………………………………………………………………….

po zakupie do momentu dostarczenia do Przychodni była przechowywana zgodnie z

zaleceniami producenta.

Jestem świadomy/a konsekwencji niewłaściwego przechowywania szczepionki/leku.

………………………………………………………

 (czytelny podpis)