

.....  
pieczęćka prowadzącego program szczepień

Imię .....

Nazwisko.....

Adres: Suwałki, ul. ....

1. Płeć:  kobieta       mężczyzna

2. Wiek: ..... lat

3. Czy kiedykolwiek chorował(a) Pan(i) na grypę?

tak                       nie

4. Czy w przeszłości szczepił(a) się Pan(i) przeciwko grypie?

tak                       nie

5. Jeśli tak, to czy uzyskano odporność i nie wystąpiły objawy grypy?

tak                       nie

6. Czy finansowanie szczepień przez Miasto wpłynęło na decyzję o zaszczepieniu?

tak                       nie

7. Czy w roku ubiegłym korzystał(a) Pan(i) ze szczepień współfinansowanych przez Prezydenta Miasta Suwałk?

tak                       nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizowanego profilaktycznego programu zdrowotnego polegającego na przeprowadzeniu szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Miasta Suwałki

.....  
data i czytelny podpis osoby uczestniczącej w programie