

Program profilaktyki zachorowań na gripę sezonową w populacji osób od 60. roku życia zamieszkujących miasto Poznań, na lata 2019-2023

Imię i nazwisko uczestnika programu:

I. ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W SZCZEPIENIU

Ja wyżej wymieniony(a) oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. szczepienia oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym szczepieniu i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części szczepienia bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w szczepieniu nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

.....
Czytelny podpis uczestnika programu i data złożenia podpisu

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. szczepienie z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. szczepienia.

.....
Podpis przedstawiciela realizatora programu
i data złożenia podpisu

Oświadczam, że:

1). zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000). oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w tym danych wrażliwych przez Edictum Sp. z o.o. z siedzibą: ul. Mickiewicza 31; 60-835 Poznań dla potrzeb realizacji Programu profilaktyki zachorowań na gripę sezonową w populacji osób od 60. roku życia zamieszkujących miasto Poznań na lata 2019-2023;

2). zostałem/łam poinformowany/na, iż administratorem danych osobowych moich jest EDICTUM Sp. z o.o. ul. Adama Mickiewicza 31, 60-835 Poznań. Dane osobowe przetwarzane są przy zachowaniu zasad określonych w przepisach obowiązującego prawa, w tym w szczególności w ustawie z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000). Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek obowiązkowe, jeśli osoba deklaruje chęć uczestnictwa w programie (Art. 32.ust.1.pkt.2). Każdy uczestnik programu posiada prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również odwołania zgody na ich przetwarzanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami;

3). zapoznałem/łam się z dokumentem „Informacja dla pacjentów o przetwarzaniu danych osobowych” w Edictum Sp. z o.o., informacja jest dostępna pod adresem <http://edictum.pl/ochrona-danych/ochrona-danych-osobowych-pacjentow>.

.....
Czytelny podpis uczestnika programu i data złożenia podpisu

II. OŚWIADCZENIE O ROZLICZANIU PODATKU DOCHODOWEGO OD OSÓB FIZYCZNYCH

Oświadczam, że jestem podatnikiem podatku dochodowego od osób fizycznych, dla którego właściwym jest urząd skarbowy dla Miasta Poznania.

.....
Podpis podatnika / uczestnika programu

III. ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM BADANIU KWALIFIKACYJNYM ORAZ ZASZCZEPIENIU SZCZEPIONKĄ VAXIGRIP TETRA

Brak przeciwwskazań do szczepienia.

Pacjent(ka) został(a) zaszczepiony(-a) szczepionką Vaxigrip Tetra nr serii dnia

.....
Podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego do szczepienia

.....
Podpis pielęgniarki wykonującej szczepienie

POZnań*

EDICTUM
specjalistyczna
przychodnia lekarska