

CERERE

PENTRU VACCINAREA ANTI-HPV LA FETELE CU VARSTE INTRE 11 SI 17 ANI IMPLINITI

Subsemnata/ul,
in calitate de parinte/tutore al copilului

..... cu CNP

In varsta de ani (varsta implinita), imputernicesc medicul de familie Dr. Mina Madalina sa solicite la DSP Giurgiu cele 3 doze de vaccin anti-HPV pentru imunizarea copilului.

Inteleg ca schema de imunizare se comanda individual pentru fiecare copil si se va extinde pe durata a 6 luni, iar daca ma razvandesc cu privire la imunizarea copilului imi asum suportarea eventualului prejudiciu generat de necesitatea distrugerii dozelor.

Data

Semnatura