**Deklaracja uczestnictwa w Program szczepień przeciwko grypie**

Ja ….............................................................................................................................................

(imię i nazwisko, Pesel)

zam. .............................................................................................................................................

(adres zamieszkania )

**wyrażam zgodę** na udział w **Program szczepień przeciwko grypie w Gminie Łodygowice**, obejmującego wykonanie szczepienia szczepionką ochronną INFLUVACK (producent: BGP PRODUCTS B.V.)przez wykwalifikowany personel medyczny. Szczepienie zostanie poprzedzone badaniem lekarskim.

1. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany o celu prowadzenia szczepienia.
2. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany o możliwości rezygnacji z udziału w programie w każdym momencie jego realizacji, po złożeniu pisemnej rezygnacji z uczestnictwa.
3. Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany o możliwości uzyskania od lekarza prowadzącego szczepienia szczegółowych informacji o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia.
4. Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany, że w przypadku kiedy moja karta szczepień znajduje się w innym ośrodku zdrowia niż ten, w którym wykonywane są szczepienia (MEDYK s.c.), konieczne jest dostarczenie poprawnie wypełnionego zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonania szczepień stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej deklaracji.
5. Potwierdzam, iż zostałem/am poinformowany, że w przypadku nie dostarczenia zaświadczenia, o którym mowa w pkt 4, bądź kiedy zaświadczenie to będzie błędnie wypełnione lub niekompletne pomimo podpisanej deklaracji z Urzędem Gminy szczepienie nie zostanie wykonane.
6. Przyjmuję do wiadomości, iż szczepienie składa się z jednej dawki szczepionki.
7. Przyjmuję do wiadomości, iż ostateczną decyzję o możliwości wykonania szczepienia podejmuje lekarz zatrudniony w wyżej wymienionym ośrodku zdrowia.
8. Przyjmuję do wiadomości, iż po podpisaniu niniejszej deklaracji rezygnacja ze szczepienia będzie wiązała się z pokryciem kosztów zakupu szczepionki w wysokości 20,00zł, a w przypadku wykonania kwalifikacyjnego (ze skutkiem pozytywnym ) także kosztów badania w wysokości 35,00zł. Koszty te deklaruje się dobrowolnie zwrócić w ciągu 7 dni od pisemnego wezwania Urzędu Gminy Łodygowice.
9. Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie u mnie szczepienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem tego programu.

Data i czytelny podpis Beneficjenta szczepienia

…...............................................................................................................................................