Przychodnia CENTRUM

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
„CENTRUM" w OPOLU
45-062 Opole ul. Kościuszki 2

Tel. 77 40 20 390 fax. 77 40 20 397 Regon: 531570172 NIP: 754-26-11-212
sekretariat@zozcentrum.pl www.zozcentrum.pl

Znak sprawy: AD

Opole, 16.06.2020r.

Szanowni Państwo
Dyrektorzy
Publicznych i Niepublicznych
Szkół Podstawowych w Opolu
-wg rozdzielnika-

Ze względu na stan epidemiologiczny realizacja *Programu szczepień przeciwko wirusowi HPV* **została przesunięta na okres jesienny**. Terminy szczepień I dawki wyznaczone będą na miesiąc wrzesień i październik 2020r.
Została zakończona procedura przetargowa i istnieje możliwość zakupu szczepionki przeciwko wirusowi HPV w związku z tym zwracamy się z uprzejmą prośbą o przekazanie rodzicom/opiekunom dziewcząt z rocznika 2008 załączonego druku „Zgoda rodzica / opiekuna prawnego na szczepienie osoby nieletniej objętej świadczeniami zdrowotnymi". Szczegółowe terminy oraz materiały edukacyjne zostaną Państwu przekazane w późniejszym terminie, informacje będą również dostępne na naszej stronie internetowej www.zozcentrum.pl

Koordynator programu

2401435P
Pielęgniarka
Koordynująco-Nadzorująca
mgr Anna Daszczątek

Dyrektor SP ZOZ „Centrum" w Opolu

Z up. Dyrektora
SP ZOZ „Centrum" w Opolu
Brygida Manhart-Gołąga
Główny Księgowy

Chronię życie przed rakiem szyjki macicy
www.hpv.pl

Opole, dnia ..... Załącznik A

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na szczepienie

osoby nieletniej objętej świadczeniami zdrowotnymi

Ja, ...
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Zam. .....
(adres zamieszkania)

Wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego /pozostającego pod moją opieką/ dziecka

.....Pesel .....

(imię i nazwisko dziecka)

Szczepionką przeciw wirusowi HPV odpowiedzialnemu m.in. za raka szyjki macicy (2 dawki)

Dziecko zapisane jest do .....

(nazwa i adres szkoły)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)