



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej <sup>®</sup> w Bielsku Podlaskim

17-100 Bielsk Podlaski, ul. Kleszczelowska 1  
tel. 85 833 43 30 fax. 85 833 43 05  
NIP 543-17-54-901 REGON 050584924  
sekretariat@spzoz-bielsk.pl www.spzoz-bielsk.pl

## ZGODA na szczepienie w Narodowym Programie Szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2

Ja:

• Imię i Nazwisko: .....

• PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• Zatrudniony w : .....

• Stanowisko: .....

wyrażam zgodę na zaszczepienie przeciwko SARS-COV 2, a tym samym  
zgadzam się na uczestnictwo w Narodowym Programie Szczepień przeciwko  
COVID-2

.....

Data i miejsce

.....

Podpis