**Program profilaktyki zachorowań na grypę sezonową w populacji osób od 60. roku życia**

**zamieszkujących miasto Poznań, na lata 2019-2023**

**Imię i nazwisko uczestnika programu: …………………………………………………………………….**

1. **ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W SZCZEPIENIU PRZECIWKO GRYPIE**

Ja, niżej podpisany(-na), oświadczam, że uzyskałem(-łam) informacje dotyczące szczepienia przeciw grypie oraz   
otrzymałem(-łam) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym szczepieniu i jestem świadomy(-ma) 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(-łam) szczegóły wyżej wymienionego szczepienia z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań, oraz udzieliłem(-łam) informacji dotyczących natury i znaczenia 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 (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) 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), potrzebnych do realizacji Programu profilaktyki zachorowań na grypę sezonową w populacji osób od 60. roku życia zamieszkujących miasto Poznań, na lata 2019-2023;

**2)** zostałem(-łam) poinformowany(-na), iż: administratorem moich danych osobowych jest Edictum Sp. z o.o.,   
ul. Mickiewicza 31, 60-835 Poznań; dane osobowe przetwarzane są̨ przy zachowaniu zasad określonych w przepisach obowiązującego prawa, w tym w szczególności w ustawie z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych; podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek obowiązkowe, jeśli osoba deklaruje chęć uczestnictwa w programie; 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-pacjentów>.

.................................................................................................

*Czytelny podpis uczestnika programu i data złożenia podpisu*

1. **OŚWIADCZENIE O ROZLICZANIU PODATKU DOCHODOWEGO OD OSÓB FIZYCZNYCH**

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

.................................................................................................

*Czytelny podpis uczestnika programu i data złożenia podpisu*

1. **ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM BADANIU KWALIFIKACYJNYM ORAZ ZASZCZEPIENIU SZCZEPIONKĄ VAXIGRIP TETRA**

Brak przeciwwskazań do szczepienia.

Pacjent(ka) został(a) zaszczepiony(-na) szczepionką Vaxigrip Tetra o numerze serii …...................... dnia .............................

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

*Podpis i pieczątka lekarza kwalifikującego do szczepienia Podpis pielęgniarki wykonującej szczepienie*

