OŚWIADCZENIE O POTRZEBIE ZAPEWNIENIA PRZEZ GMINĘ TRANSPORTU NA SZCZEPIENIE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
TELEFON KONTAKTOWY	

Ja, niżej podpisany oświadczam, że:

(proszę zaznaczy właściwą odpowiedź)

☐ nie mam możliwości samodzielnego dotarcia do punktu szczepień

☐ dysponuje orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych do Urzędu Gminy w Jabłonnie, celem realizacji usługi transportu na szczepienie.

DATA: ……. **CZYTELNY PODPIS:…….**