

Заявление о согласии от родителей / опекунов

для вакцинации подростков (16-17 лет)

Против COVID-19 с вакциной Comirnaty от BioNtech / Pfizer

Вы хотите сделать прививку, и вам 16 или 17 лет. Для этого требуется согласие ваших родителей или законных опекунов.

Пожалуйста, принесите это заявление о согласии на прием по вакцинации.

Имя вакцинируемого (фамилия, имя)
Дата рождения
Адрес
Имя родителей / опекунов

Я принял к сведению содержание информационного листа.

- У меня больше нет вопросов, и я категорически отказываюсь от консультации с врачом. Мой ребенок все равно будет проинформирован врачом лично.
- Я даю согласие на предлагаемую вакцинацию моего ребенка против COVID-19 мРНК-вакциной от BioNTech.

Место, дата, подпись родителя / опекуна
