



## Oświadczenie Pacjenta

Imię i nazwisko .....

PESEL/data urodzenia (jeśli brak PESEL).....

Oświadczam, że zostałem/zostałam\* poinformowany/poinformowana o konieczności pozostania na terenie Centrum Medycznego przez 15 minut celem obserwacji po wykonanym szczepieniu przeciw COVID-19 szczepionką Comirnaty.

.....

Data i podpis Pacjenta/opiekuna prawnego

\*właściwe podkreślić

Dokument przekazujemy wraz z Kwestionariuszem lekarzowi

