

K É R E L E M
HPV ELLENI OLTÁS KEDVEZMÉNYES IGÉNYBEVÉTELÉRE

	1.	2.
Törvényes képviselő		
Neve:		
Születési neve:		
Születési helye, ideje:		
Anyja neve:		
Lakcíme:		

azzal a kérelemmel fordulok a Zalakaros Város Önkormányzatához, hogy a humán papilloma vírus elleni védőoltás támogatásáról szóló .../2011. (.....) önkormányzati rendelet alapján a

Gyermek neve: _____
 Születési helye, ideje: _____
 Anyja neve: _____
 Lakcíme: _____
 TAJ-száma: _____
 Iskolája: _____
 leánygyermek **HPV** elleni védőoltás-sorozat **oltásának költségeit** vállalja át.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a kérelemben megjelölt gyermekem a védőoltás-sorozatot megkapja.

Hozzájárulok, hogy e kérelemben feltüntetett alapvető személyi és lakcím adatokat a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvényben előírtaknak megfelelően kezeljék.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben az első oltást követően a szülő nem gondoskodik arról, hogy gyermeke a második és a harmadik oltást megkapja, úgy köteles a már megkapott oltások beszerzési árát az önkormányzatnak visszafizetni.

Melléklet: házi orvos által kiállított nyilatkozatot arra vonatkozóan, hogy a védőoltás beadása nem ellenjavallt.

Zalakaros, 20 _____

 törvényes képviselő aláírása

 törvényes képviselő aláírása

Amennyiben a gyermek a kérelem benyújtásakor a 14. életévét betöltötte, a gyermek aláírása:

 gyermek aláírása