

Pełnomocnictwo

Ja niżej podpisany lekarz/lekarz dentysta
(imię i nazwisko)

PWZ nr niniejszym udzielam lekarzowi/lekarzowi dentyście

..... PWZ nr
(imię i nazwisko)

pełnomocnictwa do dokonania w moim imieniu następujących czynności prawnych i faktycznych:

- 1) odbioru szczepionki przeciwko grypie od Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MEDICA 2000 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Żywcu działającego na zlecenie Beskidzkiej Izby Lekarskiej z siedzibą w Bielsku-Białej,
- 2) pisemnego złożenia w moim imieniu oświadczenia według wzoru wymaganego przez Beskidzką izbę Lekarską o następującej treści:

„
(miejsowość, data)

Imię i nazwisko

Nr PWZ

Adres

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że:

1. Jestem lekarzem/lekarzem dentystą, członkiem Beskidzkiej Izby Lekarskiej z siedzibą w Bielsku-Białej.
2. Jestem lekarzem/lekarzem dentystą, który nie skorzystał jeszcze z bezpłatnych szczepień przeciwko grypie dla pracowników medycznych lub ze szczepienia w przychodni POZ.
3. Otrzymałą szczepionkę przeciwko grypie wykorzystam dla siebie.
4. Znane mi są zasady prawidłowego transportu oraz przechowywania szczepionki po jej odebraniu, jak również znane mi są procedury medyczne szczepienia przeciwko grypie.

Wraz ze złożeniem niniejszego oświadczenia kwituję niniejszym odbiór szczepionki od Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MEDICA 2000 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Żywcu działającego na zlecenie Beskidzkiej Izby Lekarskiej z siedzibą w Bielsku-Białej.

Odbierając szczepionkę otrzymałem informację o obowiązku przechowywania numeru kontrolnego szczepionki znajdującego się w przekazanym mi opakowaniu, po zaszczepieniu się.

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U.U.E.L.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICA 2000 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Żywcu oraz Beskidzką Izbę Lekarską z siedzibą w Bielsku-Białej w zakresie pozostającym w związku z nieodpłatnym otrzymaniem przeze mnie szczepionki przeciwko grypie.

.....
podpis składającego oświadczenie (lub pełnomocnika)”

.....
Data

.....
Podpis