

**Згода  
на збір та обробку персональних даних**

1.Прізвище, ім'я, по батькові особи, що щеплюється\_\_\_\_\_

2.Дата народження \_\_\_\_\_

3.Місце проживання\_\_\_\_\_

Я (прізвище, ім'я, по батькові особи, що щеплюється, батьків або законного представника дитини),

даю згоду на збір та використання інформації щодо моїх / дитини персональних даних у випадку виникнення несприятливих подій після імунізації при застосуванні вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного, з метою передачі цих даних до Міністерства охорони здоров'я України та ДП Державний експертний центр МОЗ України” для оперативного реагування, розслідування причин їх виникнення та вжиття відповідних заходів.

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(підпис)