**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany(a)

…………………………………………………………………………………….

numer PESEL …………………… zamieszkały(a) ……………………………..

…………………………………………………………………………………….

oświadczam, że w związku z wykonanym w dniu ……………………………….

szczepieniem przeciw Covid-19 preparatem …………………………………….

numer serii ……………………………………………………………………….

u ……………………………………..…………..numer PESEL …..……………

 ( wpisz imię i nazwisko zaszczepionego)

przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność, w przypadku wystąpienia u zaszczepionego niepożądanego odczynu poszczepiennego oraz za wszelkie jego następstwa, w szczególności rozstrój zdrowia, trwały uszczerbek na zdrowiu oraz śmierć.

W sytuacji wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego u zaszczepionego zobowiązuję się zarazem do wypłaty: pełnego odszkodowania, zadośćuczynienia za ból i cierpienie, zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji, zwrotu kosztów dojazdów na konsultacje lekarskie, zwrotu kosztów opieki, zwrotu utraconych dochodów, a także wypłaty renty w przypadku utraty całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy zarobkowej, albo jeżeli zwiększą się potrzeby zaszczepionego lub zmniejszą się jego widoki powodzenia na przyszłość.

W przypadku śmierci zaszczepionego na skutek wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego, zobowiązuję się do wypłaty członkom i jego najbliższej rodziny: należnego odszkodowania, zwrotu kosztów leczenia i pogrzebu oraz renty, obliczanej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego, a także renty, której mogą żądać inne osoby bliskie, w którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego.

………………………………….. …………..……………….

 (miejscowość, dnia) (czytelny podpis)