

NYILATKOZAT

Alulírott,

Név:	
Születési dátum:	
TAJ szám:	
Lakcím:	
Egészségügyi intézmény neve:	
Egészségügyi intézmény címe:	

mint a fenti intézmény foglalkoztatottja kijelentem, hogy a Pfizer/BioNTech által gyártott Comirnaty COVID-19 mRNS oltóanyaggal történő COVID-19 védőoltás kapcsán a megfelelő teljeskörű tájékoztatást – különösen az egészségügyi ellátás elmaradásából származó lehetséges következményekről – megkaptam, azt megértettem és tudomásul vettem.

A tájékoztatás birtokában az alábbi nyilatkozatot teszem.

A számomra felajánlott, a Pfizer/BioNTech által gyártott Comirnaty COVID-19 mRNS oltóanyaggal¹ történő **védőoltást mint egészségügyi ellátást** – élve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 20. §-ában biztosított jogommal – **nem kérem.**

Kijelentem, hogy tudomásom szerint COVID-19 betegségen az elmúlt három hónapban nem estem át.

Kijelentem, hogy tudomásom szerint COVID-19 betegségen az elmúlt három hónapban átestem.

[Keltezés]

.....
nyilatkozatot tevő aláírása

¹ Más oltóanyag használata esetén értelemszerűen azt kell feltüntetni.