

DEKLARACJA

.....
(stopień, imię i nazwisko)

.....
(jednostka wojskowa)

Deklaruję, że w momencie rozpoczęcia dobrowolnych szczepień żołnierzy Wojska Polskiego w ramach I etapu Narodowego Programu Szczepień

PODDAM SIĘ SZCZEPIENIU*

NIE PODDAM SIĘ SZCZEPIENIU*

Z JAKIEGO POWODU NIE CHCĘ PODDAĆ SIĘ SZCZEPIENIU**

.....

.....
(miejscowość, data, czytelny podpis)

* Właściwe zaznaczyć

** Wypełnić nieobowiązkowo