

## ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Datele pacientului	Numele și prenumele:	
	CNP:	
	Domiciliul/reședința:	
	Numar de telefon si adresa de email	
Actul medical:  <i>Vaccinare cu vaccinul anti Covid 19 - MODERNA</i>  .....		

Subsemnatul, .....(numele și prenumele pacientului / reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către ..... (numele și prenumele medicului / asistentului medical), că am prezentat medicului/ asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical (vaccinare).

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medic

Semnatura .....

Data: ...../...../.....