……………………………………………………

Miejscowość, data

**Deklaracja**

Ja ……………………………….……. zamieszkały/a ……………………………………………………. wyrażam wolę przystąpienia do programu polityki zdrowotnej pn. **,,Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomowskim”**

……………………………………………………………

podpis