

AŞI / TETKİK RET FORMU

Adı:

Soyadı:

Sicil No:

Birimi:

İzmir Büyükşehir Belediyesi İş Sağlığı ve Güvenliği Şube Müdürlüğü tarafından Eşrefpaşa Hastanesi'nde uygulatılmakta olan aşısını / tetkikini, kendi rızam ile yaptırmak istemiyorum. Aşı / tetkik uygulamasını ret etmemden doğabilecek her türlü sorumluluğun kendime ait olduğunu kabul ve beyan ederim.

Tarih :/...../.....

Adı Soyadı

İmza