

**Formular consimțământ informat**

**Formular de exprimare a acordului pacientului informat**

**ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT**

Datele pacientului	Numele și prenumele:	
	CNP:	
	Domiciliul/reședința:	
Actul medical (descriere): Vaccinare anti – SARS- CoV 2 cu vaccin .....		

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.

Semnatura ..... Data: ...../...../..... Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical .....
---