Cerere,

Solicitare Vaccin antiHPV – DSP Bihor

Subsemnatul/a............................................................................., parintele copilului

……………………………………………………………………………………………………………………………

CNP ……………………………………………………, solicit vaccinul antiHPV impotriva cancerului de col uterin pentru fiica mea.

Data \_\_\_/\_\_\_/202\_\_ Semnatura

Multumesc!