

SURAT PERSETUJUAN VAKSINASI COVID-19
KABUPATEN BANDUNG
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
NIK :
Jenis Kelamin : L /P
Umur : thn
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat :
.....
.....
Telepon/HP :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya setelah mendapat penjelasan yang diberikan dan dinyatakan memenuhi syarat, maka saya

BERSEDIA /MENOLAK *)
untuk menerima vaksinasi COVID-19

Dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan vaksinasi COVID-19, serta tindakan medis yang akan dilakukan dan kemungkinan yang terjadi pasca tindakan medis.
Saya akan mengikuti ketentuan dan prosedur selanjutnya di bawah pemantauan Pemerintah Kabupaten Bandung.

Bandung,.....
Peserta Vaksinasi COVID-19

(.....)

*) Coret yang tidak perlu