

DECLARATION SOUS TEMOINS DU VACCINATEUR

Je soussigné(e) M _____ agissant en tant que VACCINATEUR

demeurant _____

Né(e) le __/__/____ à _____

administrant à M _____ dit le VACCINÉ, le « VACCIN » Covid19 (en phase expérimentale donc sans AMM et non indemnisable ni par les laboratoires producteurs, ni par les assurances de prêt et autres assurances) déclare avoir contraint le VACCINÉ à subir une vaccination imposée par décision politique.

Dans le cas où le futur(e) vacciné(e), non consentant(e) serait atteint(e) d'un effet néfaste, très grave ou léger, maladie dégénérative, auto-immune ou autre handicap, m'engage solennellement devant témoins (cités plus bas) à verser au VACCINÉ :

- La somme de 200 000, 400 000 ou 800 000 Euros en cas de dommage léger, moyen ou grave.
- La somme de 1 500 000 Euros en cas de décès

Témoins A :

Nom Prénom, _____

Né(e) le __/__/____ à _____ signature

Témoin B :

Nom Prénom, _____

Né(e) le __/__/____ à _____ signature

Le __/__/____ à _____

Lu et approuvé (mention manuscrite) signature du VACCINATEUR