

AGREMENT ENTRE CEUX QUI ADMINISTRENT DES VACCINS ET CEUX QUI DOIVENT LES RECEVOIR

En l'espèce, les termes « administration » et « administrateurs » désignent toutes les parties qui fournissent ou « mandatent » des services et des produits de vaccination, y compris les fabricants de vaccins, les distributeurs, les hôpitaux, les cliniques, les médecins, les infirmières, les agents et organismes gouvernementaux, les fournisseurs de soins de santé et toutes les autres parties qui mettent les vaccins à l'application ou sur le marché de quelque façon que ce soit.

Il s'agit d'un accord entre les parties identifiées dans les présentes qui, d'une part, recevront des vaccins ou seront touchées par les conséquences de la vaccination, y compris la partie vaccinée, leurs tuteurs, représentants et toutes les personnes d'intérêt commun et, d'autre part, les administrateurs et les fournisseurs du vaccin. Ces parties sont identifiées dans les présents comme étant les suivantes :

Individu destiné à la vaccination

Mineur / adulte

Noms des parents ou des tuteurs et/ou chef de famille :

Noms des enfants (tous les membres de la famille) :

Adresse :

Téléphone :

Autres contacts s'ils sont disponibles :

Et les administrateurs de vaccins (ci-dessous)

Officier autorisé du fabricant de vaccins

Nom : _____

Titre : _____

Adresse :

Téléphone :

Officier autorisé de l'Organisation administrant les vaccins

Nom : _____

Titre : _____

Adresse :

Téléphone :

Officier autorisé et responsable de tout organisme gouvernemental « mandataire »

Nom : _____

Titre : _____

Adresse :

Téléphone :

Administration individuelle de la vaccination aux bénéficiaires du vaccin (infirmière, fournisseur de soins de santé ou autre)

Nom : _____

Titre : _____

Adresse :

Téléphone :

Je suis d'accord avec les stipulations, les modalités, les déclarations et les positions suivantes :

- * Je suis conscient et je comprends que les vaccins ne sont pas une méthode parfaite ou entièrement éprouvée de lutte contre la maladie.
- * Je suis conscient et je comprends que les vaccins ne sont pas efficaces à 100%.
- * Je sais que les vaccins n'ont pas été suffisamment testés pour montrer qu'ils sont sûrs et efficaces à 100%.
- * Je suis conscient et je comprends que les vaccins peuvent causer des décès ou des blessures et des maladies qui affectent gravement et négativement la vie des personnes vaccinées, de leurs familles et de leurs communautés.
- * Je suis conscient et je comprends que les vaccins, lorsqu'ils causent des maladies et des blessures, peuvent entraîner des coûts importants pour les personnes, les familles et les collectivités, dont les coûts sont uniquement la responsabilité et la responsabilité des agents causants qui sont les administrateurs et les fournisseurs d'un vaccin nocif ou inefficace.
- * Je suis conscient et je comprends que les vaccins causent des risques qui relèvent de la seule responsabilité des administrateurs et des fournisseurs du vaccin.
- * Je suis conscient et je comprends que personne ne peut être forcé à accepter un traitement médical ou des substances étrangères insérées dans son corps sans le plein consentement volontaire en vertu d'une divulgation complète et que l'administration d'un traitement sans le consentement de toutes les parties concernées est illégale et contraire à l'éthique.
- * Je suis conscient et je comprends que les vaccins causent, à l'occasion, des dommages, des blessures et des maladies, y compris la maladie qu'ils sont censés prévenir.
- * Je suis conscient et je comprends qu'il existe des dangers particuliers dans le fait de combiner plus d'une vaccination dans une ou plusieurs administrations séquentielles et que certains de ces dangers n'ont pas fait l'objet de recherches approfondies.
- * Je comprends que les individus ont des physiologies différentes et qu'une vaccination qui peut être inoffensive pour une personne peut être très nocive pour une autre personne.
- * Je suis conscient et je comprends qu'avant l'administration de toute vaccination, les administrateurs des vaccins doivent et doivent divulguer à toutes les parties intéressées tous les risques connus et présumés, les dangers, les préjudices et les échecs des vaccinations et de tout le contenu de la proposition vaccination comprenant tous les oligo-produits chimiques, les adjuvants et les composants, que les administrateurs considèrent ou non ces éléments comme ayant des conséquences afin que les destinataires des vaccins puissent prendre des décisions pleinement éclairées en ce qui concerne l'acceptation de la vaccination.
- * Je suis conscient et je comprends que l'administration des vaccins sans divulgation complète et sans le consentement volontaire complet de toutes les parties intéressées et l'imposition de risques et de dangers de cette façon représente une violation criminelle, une faute professionnelle et une responsabilité majeure des administrateurs de la vaccination à la partie vaccinée en cas de conséquences négatives.
- * Je suis conscient et je comprends que toute personne qui tente d'imposer un « mandat » en forçant ou en forçant la vaccination ou tout autre traitement médical à toute partie non disposée ou non informée, que ce « mandat » soit fourni par la loi, les codes ou les règlements, est personnellement entièrement responsable de toutes les conséquences négatives de la vaccination sur la partie vaccinée et toutes les autres parties intéressées. Cette responsabilité s'applique à tous les administrateurs de ce « mandat », à tous les législateurs qui ont participé à la création de ce « mandat » et à toutes les entreprises et

individus qui ont promu ce « mandat » par le lobbying ou d'autres actions politiques et à toutes les parties qui participent à l'application du « mandat ».

* Je comprends qu'en tant qu'administrateur ou fournisseur de toute vaccination « obligatoire », j'assume toute responsabilité, obligation et responsabilité pour toutes les conséquences négatives et involontaires de l'administration du vaccin et que je dois assumer la responsabilité envers l'ensemble des bénéficiaires du vaccin, leurs tuteurs, leurs familles et la communauté pour tout préjudice qui peut être raisonnablement attribué au vaccin. Je comprends que c'est nécessaire parce que les lois visant à ne pas protéger adéquatement les vaccinés exposent le public au risque de subir des dommages non assurés à l'égard des vaccins.

* Je suis conscient et comprends que je dois divulguer tous les risques de vaccination avant l'administration du vaccin et, parce que les vaccinations posent des risques, je dois permettre aux receveurs, aux tuteurs et aux familles de refuser la vaccination à leur seule discrétion, et que la divulgation des dangers et des risques ne m'exonère d'aucune responsabilité, responsabilité ou responsabilité pour les conséquences négatives des vaccins que j'administre.

* Si une personne souffre d'une maladie ou d'une blessure à tout moment après la vaccination et non avant la vaccination et que la maladie ou la blessure ne peut être attribuée de façon positive à une cause particulière autre que la vaccination, alors je conviens qu'il est raisonnable de présumer que la blessure ou la maladie peut avoir été causée par la vaccination et je présumerai et accepterai cette théorie en l'absence de preuves irréfutables du contraire.

* Si les destinataires du vaccin, les tuteurs, les membres de la famille et les parties intéressées de la partie vaccinée doivent, après la vaccination, présenter des réclamations pour préjudice, perte, dommages, blessures ou maladies qu'ils soupçonnent raisonnablement avoir été causées entièrement ou partiellement par le vaccination, alors les réclamations doivent et doivent être payées et livrées par les administrateurs de la vaccination (ci-dessus) au demandeur sans contestation dans les 30 jours suivant la soumission de chaque réclamation et toute contestation de la demande doit être faite par écrit. Les demandes de recouvrement des réclamations payées doivent être étayées par des faits, des preuves, des lois et des causes morales. Le refus ou l'entrave au service de la réclamation ne doit pas réduire les obligations.

* Je suis conscient et comprends que tous les administrateurs de vaccinations sont responsables de toute détresse émotionnelle causée par leurs vaccinations et sont responsables d'une indemnisation pour une telle détresse émotionnelle à la victime.

* Les administrateurs des vaccins conviennent par la présente qu'ils permettront et faciliteront l'enregistrement vidéo, la documentation et l'enquête de tous les services et processus qu'ils administrent au bénéficiaire du vaccin et que les administrateurs des vaccins ne pourront pas refuser ou entraver cette collecte d'informations pour des raisons telles que la « vie privée » ou la « sécurité ».

* Je suis conscient et je comprends que tout défaut ou refus de signer cet accord fait soupçonner la partie vaccinée et d'autres personnes que les administrateurs de vaccins veulent éviter la responsabilité des préjudices potentiels qui peuvent être causés par la vaccination, et je suis conscient que le refus de la signature de cet accord par tout administrateur de vaccins est une cause de refus légitime de la vaccination par le destinataire de la vaccination prévue.

* Toute menace de conséquence pour le refus de la vaccination, comme le renvoi de l'école, la quarantaine, la « mise en danger de l'enfant », etc., est coercitive, inappropriée, illégale et viole les droits parentaux. Il n'y a pas de loi valide qui accorderait légitimement le pouvoir de déterminer le traitement médical d'une personne qui est en possession de ses facultés. Le refus de la vaccination

n'implique en rien un mauvais jugement, une diminution des capacités ou une irresponsabilité sociale.

* Je suis / ne suis pas (cercler l'une des deux options) prétendant que j'ai personnellement le droit et l'autorité de forcer le traitement médical et les vaccinations sur la partie que j'ai l'intention de vacciner sans son consentement. Si je revendique cette autorité, je fournirai toute la référence légale et officielle qui m'accorde cette autorité. Je comprends que je dois fournir une preuve d'autorité à la satisfaction de toutes les parties intéressées avant que la personne destinée à la vaccination puisse être vaccinée parce que les parties intéressées présument qu'il n'existe pas d'autorité incontestable et que, dans de nombreux cas, le préjudice causé par les vaccinations ne peut pas être inversé.

* Je comprends et je suis d'accord que la personne destinée à la vaccination n'est pas responsable de recueillir des signatures sur ce formulaire. Les parties qui ont l'intention de vacciner doivent acquérir et partager ce formulaire, le signer et le remettre en plusieurs exemplaires à toute partie destinée à la vaccination sur demande. Au moment où les formulaires dûment signés sont remis à la personne destinée à la vaccination, ces formulaires d'accord seront signés par la personne destinée à la vaccination ou par son tuteur et une copie sera retournée à chaque administrateur de la vaccination. Si l'un des administrateurs demandés ci-dessus ne signe pas et ne retourne pas le formulaire, tous les accords sont nuls et la vaccination est refusée à juste titre.

* Le refus de signer ce formulaire est une indication de tromperie, de mauvaise foi et d'hypocrisie de la part d'un administrateur de vaccins qui peut recommander la vaccination comme « sûre », mais, en même temps, nier la responsabilité des dangers. Si les vaccinations sont « sûres », le refus ou l'hésitation de signer ce formulaire est une indication ferme de fausse déclaration avec l'affirmation de « sécurité ».

REMARQUE : Si ce formulaire est refusé par les administrateurs de vaccins énumérés ci-dessus, alors le refus du vaccin est légitime et le refus doit être présumé et honoré. La vaccination pose des risques, donc l'administration du vaccin sans signature sur cet accord par toutes les parties demandées constitue une agression criminelle, une faute professionnelle, intentionnelle, un préjudice et une violation des droits contre les parties vaccinées.

REMARQUE : Le refus de signer ce formulaire constitue un aveu et un avertissement au destinataire potentiel de la vaccination que la vaccination peut causer des dommages et doit être évitée afin de protéger la santé et la sécurité des personnes qui reçoivent un traitement. Ceci est distinct et distinct de tout avantage ou « nécessité » qui peut être attribué aux programmes de vaccination et de vaccination.

REMARQUE : Un accord distinct doit être signé pour chaque personne destinée à être vaccinée.

SIGNATURES DES PARTIES

Personne destinée à être vaccinée : _____

Date : ___ / ___ / _____

Signature:

Noms des parents ou des tuteurs et/ou chef de ménage (si différent d'en haut) :

Date : ___ / ___ / _____

Signature:

Officier autorisé du fabricant de vaccins :

Date : ___ / ___ / _____

Signature:

Officier autorisé de l'Organisation (clinique, hôpital ou bureau) Administration des vaccins :

Date : ___ / ___ / _____

Signature:

Administrer la vaccination aux bénéficiaires du vaccin (infirmière, fournisseur de soins de santé ou autre) :

Date : ___ / ___ / _____

Signature:

Officier autorisé et responsable de tout organisme ou programme gouvernemental « mandataire » :

Date : ___ / ___ / _____

Signature:

Agent autorisé responsable de la distribution de la vaccination aux établissements de soins de santé et aux fournisseurs :

Date : ___ / ___ / _____

Signature: