

.....
Pieczęć Zleceniobiorcy

WYKAZ OSÓB – ZASZCZEPIONYCH SZCZEPIONKĄ P/HPV
W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W 2018 ROKU

Rozliczenie za miesiąc 2018r.

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	PESEL	Data wykonania szczepienia	Dawka szczepienia I,II
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Oświadczam, że dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się w naszej placówce.

Czeladź, dnia

.....
czytelny podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Oświadczam, że dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się w naszej placówce.

Czeladź, dnia

.....
czytelny podpis i pieczęć osoby upoważnionej