Pieczątka zakładu nazwa placówki w której dziecko

 będzie objęte szczepieniami

 Ewidencja osób wykreślonych z punktu szczepień

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  **Nazwisko i Imię** | **Data urodzenia** **Pesel** |  **Adres zamieszkania** | uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Miejscowość……………………… wydał(czytelny podpis)…………………..

data przekazania/ data odebrania

………………../……………………… Odebrał:

 (czytelny podpis i pieczęć zakładu)

 Ewidencję sporządzamy w 2 jednobrzmiących egzemplarzach po 1 dla strony

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

Pieczątka zakładu nazwa placówki, w której dziecko

 będzie objęte szczepieniami

 Ewidencja osób wykreślonych z punktu szczepień

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  **Nazwisko i Imię** | **Data urodzenia** **Pesel** |  **Adres zamieszkania** | uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Miejscowość……………………… wydał(czytelny podpis)…………………..

data przekazania/ data odebrania

………………../……………………… Odebrał:

 (czytelny podpis i pieczęć zakładu)

 Ewidencję sporządzamy w 2 jednobrzmiących egzemplarzach po 1 dla strony