Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej:	**Kwartalne sprawozdanie z obowiązkowych szczepień ochronnych** **wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdnie**	Adresat:
Numer identyfikacyjny - REGON:	**za okres** **od** **do**	**Sprawozdanie należy przekazać w terminie do 7 dnia po okresie sprawozdawczym (07.01; 07.04; 07.07; 07.10)**

Dział 1. Karty uodpornienia przechowywane przez składającego sprawozdanie

Rok urodzenia pacjenta [2]		**Liczba kart uodpornienia** [1]					
		wg stanu w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozdawczego	**w okresie sprawozdawczym**				**wg stanu w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego** [3]
			założonych przez składającego sprawozdanie	**otrzymanych od innych podmiotów**	**usuniętych z karoteki z powodu zgonów, emigracji**	**przekazanych innym podmiotom**	
0		1	2	3	4	5	6
1	**2021**						
2	**2020**						
3	**2019**						
4	**2018**						
5	**2017**						
6	**2016**						
7	**2015**						
8	**2014**						
9	**2013**						
10	**2012**						
11	**2011**						
12	**2010**						
13	**2009**						
14	**2008**						
15	**2007**						
16	**2006**						
17	**2005**						
18	**2004**						
19	**2003**						
20	**2002**						
21	**2001**						
	Razem						

Dział 2. Osoby uchylające się od obowiązku szczepień

Liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych, których imienny wykaz dołączono do sprawozdania	

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu:

Pieczątka imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy:

.....

.....
(miejscowość i data)

.....