

Podmiot leczniczy / punkt szczepień
REGON:
Nazwa:
Adres:

**Zamówienie do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej (PSSE)
na szczepionki w ramach programu powszechnych szczepień przeciw HPV**
(szczepienia zalecane objęte finansowaniem publicznym)

L.p.	Nazwa szczepionki przeciw HPV	Liczba zamawianych dawk	Liczba wydanych dawk
		wypełnia punkt szczepień	wypełnia PSSE
1.	Cervarix		
2.	Gardasil 9		

Oświadczam, że podmiot leczniczy/punkt szczepień w którego imieniu pobieram szczepionki przeciw HPV znajduje się na liście podmiotów uprawnionych do uczestnictwa w programie powszechnych szczepień przeciw HPV realizowanych na realizowane na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2023 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem (Dz. Urz. MZ z 2023 r. poz. 16)

Data:

Imię i nazwisko oraz
podpis osoby uprawnionej

____ / ____ / 202... r.

.....

Informacje:

- 1) Szczepionki przeciw HPV są wydawane wyłącznie tym podmiotom leczniczym, które udostępniły elektroniczną rejestrację na szczepienia przeciw HPV poprzez system centralnej e-Rejestracji oraz zobowiązały się do dokumentowania szczepień przeciw HPV w elektronicznej Karcie szczepień. Pobrane szczepionki nie mogą być zwrócone do stacji sanitarno-epidemiologicznej.
- 2) Stacja sanitarno-epidemiologiczna jest obowiązana do dokonania weryfikacji czy podmiot leczniczy znajduje się na liście punktów szczepień uczestniczących w programie powszechnych szczepień przeciw HPV poprzez skorzystanie z wyszukiwarki punktów szczepień przeciw HPV, która znajduje się na stronie: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/szczepienie-ktore-chroni-przed-rakiem>
- 3) Szczepionki są wydawane w terminie umówionym z powiatową stacją sanitarno-epidemiologiczną – w zależności od dostępności preparatów.
- 4) Zamówienia złożone na poprzednim wzorze formularza zachowują ważność.

Uwagi: