

.....  
Pieczęć placówki

### Zużycie preparatów szczepionkowych za okres ..... kw. 2021r.

Lp.	Imię i nazwisko adres dziecka	Data urodzenia	Szczepionka p/Streptococcus pneumoniae inj. 1 dawka		Szczepionka p/Ospie wietrznej inj. 1 dawka data szczepienia, nr serii, data ważności
			która to dawka w życiu dziecka	data szczepienia, nr serii, data ważności	

**UWAGA: potwierdzenia rozpoznania zgodnie z Rozporządzeniem przez lekarz specjalistę dołączyć do historii choroby.**

.....  
(podpis kierownika placówki)