

| |
|--|
| Podmiot leczniczy / punkt szczepień |
| Nazwa: |
| Adres: |

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

| Lp. | Nazwa szczepionki przeciw HPV | Liczba zamawianych dawek | Liczba wydanych dawek |
|-----|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| | | 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 wykonujących szczepienia przeciw HPV w programie powszechnych szczepień przeciw HPV realizowanych 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:

___ / ___ / ___ r.

Imię i nazwisko oraz
podpis osoby uprawnionej

.....

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. Stacja sanitarno-epidemiologiczna jest obowiązana do dokonania weryfikacji czy podmiot leczniczy znajduje się na liście punktów szczepień uczestniczących w programie powszechnych szczepień przeciw HPV.
- 2) zamówienia mogą być składane do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej od dnia **23 maja 2023 r.** Szczepionki są wydawane w terminie umówionym z powiatową stacją sanitarno-epidemiologiczną – w zależności od dostępności preparatów.

| |
|--------|
| Uwagi: |
|--------|