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

**Zamówienie do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej (PSSE) w Limanowej**

**ul. M. B. Bolesnej 16 B na szczepionki w ramach programu powszechnych   
szczepień przeciw HPV**

(szczepienia zalecane objęty finansowaniem publicznym)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **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 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: