……………………………..

 (Nazwa placówki)

Zamówienie na szczepionkiprzy dostawie w dniu **……………. 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa preparatu** | **Jednostka miary** | **Ilość** |
|  | DTP – szczepionka błoniczo- tężcowo-krztuścowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5ml | ampułka |  |
|  | DTaP – szczepionka błoniczo- tężcowo–krztuścowa adsorb. na wod. glinu (Infanrix DTPa) inj. 0,5 ml  | ampułka |  |
|  | TETRAXIM – szczepionka błoniczo- tężcowo–krztuścow (z komponentą acelularną) i poliomyelitis inj. 0,5 ml | ampułka |  |
|  | Td – szczepionka tężcowo–błonicza adsorb. na wod. glinu inj. 0,5ml | ampułka |  |
|  | T- Szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu inj. 0,5ml | ampułka |  |
|  | BCG – szczepionka p/gruźlicza inj.liof/10 dawek | fiolka |  |
|  | Szczepionka p/WZW B dla dzieci Euvax 0,5ml | ampułka |  |
|  | Szczepionka p/WZW typu B dla dorosłych Euvax 1,0ml | fiolka |  |
|  | Szczepionka p/WZW typu B dla dorosłych Engerix 1,0ml | fiolka |  |
|  | Szczepionka p/poliomyelitis (zabita) inj. 1 dawka | ampułka |  |
|  | Szczepionka p/Haemophilus influenzae typu b  | Hiberix inj. 1 dawka | ampułka |  |
| Act-Hib inj. 1 dawka |  |
|  | Szczepionka p/Streptococcus pneumoniae | Prevenar 13 inj. 1 dawka | ampułka |  |
| Synflorix inj. 1 dawka |  |
|  | Szczepionka p/ospie wietrznej inj. 0,5ml | ampułka |  |
|  | Szczepionka skojarzona p/odrze, śwince i różyczce  | MMR inj. 1 dawka | ampułka |  |
| Priorix inj. 1 dawka |  |
|  | dTap (Boostrix, Adacel, Tdap Szczepionka SSI) – szczepionka błoniczo- tężcowo-krztuścowa inj. 0,5ml | ampułka |  |
|  | Infanrix+IPV+Hib - szczep. p/błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom.złożona), poliomyelitis i haemophilus tyb b inj.0,5 ml | ampułka |  |
|  | PENTAXIM - szczep. p/błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkom. złożona), poliomyelitis i haemophilus tyb b inj.0,5 ml | ampułka |  |
|  |  |  |  |

 ……………………………….

 (pieczęć i podpis lekarza)