............................................... ..................................................

(pieczątka placówki) (miejscowość, data)

# Upoważnienie do odbioru szczepionek

Upoważniam niniejszym Panią / Pana..........................................................

zatrudnion/-ą/-ego w ...............................................................................................

*(nazwa placówki)*

na stanowisku , legitymując/-ą/-ego

się dowodem osobistym nr ...................................................

# do odbioru szczepionek

z magazynu Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Malborku przy ul. Juliusza Słowackiego 64

przeznaczonych dla………………………………………………………………….

*(podać nazwę placówki)*

.....................................................................................................................................

....................................................................................................................................

Niniejsze upoważnienie wydaje się w 2 egzemplarzach na czas ………………………………….

*(jednorazowe/od dnia - do dnia)*

..........................................

(pieczątka i podpis Kierownika przychodni lub osoby upoważnionej)

Otrzymują:

1. PSSE w Malborku
2. a/a - placówka