Podmiot leczniczy

Zapotrzebowanie na preparat szczepionkowy **Gardasil 9** na miesiąc.....................2025 r.  
według schematu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | Nazwa szczepionki przeciw HPV | **Liczba dawek zamawianych  na II dawkę**  *(kontynuacja szczepień)* | **Liczba dawek zamawianych  na I dawkę**  *(nowe szczepienie)* | Suma |
| 1. | Gardasil 9 |  |  |  |