|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: | **Kwartalne sprawozdaniez obowiązkowych szczepień ochronnych sporządzone według informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanieza okres** **od …….....**..  **do ……... ………… r.**  | Adresat:  |
| Numer identyfikacyjny - regon: | **Sprawozdanie należy** **przekazać w terminie****7 dni od zakończenia kwartału** |
|  |
|  | **Karty uodpornienia przechowywane przez składającego sprawozdanie** |
|  | **Rok****urodzenia****pacjenta** | **Liczba kart uodpornienia** |
|  | **według stanu****w ostatnim dniu****poprzedniego****okresu****sprawozdawczego** | **w okresie sprawozdawczym** | **według stanu****w ostatnim dniu****okresu sprawozdawczego** |
|  | **założonych****przez****składającego****sprawozdanie** | **otrzymanych****od innych****podmiotów** | **usuniętych z kartoteki z powodu zgonów, emigracji** | **przekazanych****innym****podmiotom** |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 9 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 11 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 14 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 16 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 17 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 18 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 19 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 21 | **starsi** |  |  |  |  |  |  |
|  | 22 | **Razem** |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać po numerem telefonu:…………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… |

………………………………………………… ……………………………………………………………………………

 (miejscowość i data) (nadruk lub pieczątka osoby działającej w imieniu sprawozdawcy

 zawierające co najmniej imię i nazwisko oraz jej podpis)