|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: | | | | **Kwartalne sprawozdanie z obowiązkowych szczepień ochronnych sporządzone według informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie za 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)