

.....
Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej

.....
miejsowość, data

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w
Koninie**

**ZUŻYCIE PREPARATÓW SZCZEPIONKOWYCH
ZA OKRES od do**

L.p.	Nazwa preparatu	Ilość zużytych preparatów szczepionkowych
1.	Szczepionka p/Streptococcus pneumoniae inj. 1 dawka	
2.	Szczepionka p/Ospie wietrznej inj. 1 dawka	
3.	Szczepionka p/ DTaP inj. 1 dawka	

Sporządziła: