

PODMIOT ZGŁASZAJĄCY:

typ (szpital, ZOL, ZPO):

REGON 14-znakowy:

imię i nazwisko oraz nr tel. do osoby kontaktowej:

możliwych do wykonania
dziennie):

szczepienie również w sobotę
(tak/nie):

szczepienie również w niedzielę
(tak/nie):

OSOBY PODLEGAJĄCE SZCZEPIENIU NIE POSIADAJĄCE NUMERU PES
pracownicy medyczni (liczba):

pracownicy niemedyczni (liczba):

OSOBY PODLEGAJĄCE SZCZEPIENIU POSIADAJĄCE NUMER PESEL:

PESEL	Czy pracownik medyczny?

[illegible]

#NAZWA?

Podany numer PESEL jest niepoprawny
Podany numer PESEL jest niepoprawny
Podany numer PESEL jest niepoprawny
Podany numer PESEL jest niepoprawny

#NAZWA?

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]