Podmiot Zgłaszający:

|  |  |
| --- | --- |
| typ (szpital, ZOL, ZPO, inny): |  |
| REGON 14-znakowy: |  |
| imię i nazwisko oraz nr tel. do osoby kontaktowej: |  |

OSOBY PODLEGAJĄCE SZCZEPIENIU NIE POSIADAJĄCE NUMERU PESEL:

|  |  |
| --- | --- |
| pracownicy medyczni (liczba): |  |
| pracownicy niemedyczni (liczba): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PESEL | Czy pracownik medyczny? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |