

Nazwa zadania:
**SZCZEPIENIA PROFILAKTYCZNE PRZECIW GRYPIE OSÓB URODZONYCH W
1955 R. I WCZEŚNIEJ – ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY ŁODYGOWICE**

Wykaz Beneficjentów, u których wykonano szczepienie

| Lp. | Data | Imię i Nazwisko | Adres zamieszkania | Pesel | Podpis Beneficjenta |
|-----|------|-----------------|--------------------|-------|---------------------|
| | | | | | |

Wykaz Beneficjentów u których nie wykonano szczepienia:

| Lp. | Data | Imię i Nazwisko | Pesel | Powód |
|-----|------|-----------------|-------|-------|
| | | | | |

Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki:

Nazwa szczepionki oraz nr partii.....

Oświadczam, że wykorzystane szczepionki zostały prawnie dopuszczone do obrotu na terenie
 Polski

Łodygowice, dnia.....

podpis i pieczęć Zakładu
 lub osoby upoważnionej przez Zakład