

Nazwa zadania:
**SZCZEPIENIA PROFILAKTYCZNE PRZECIW GRYPIE OSÓB URODZONYCH W
1953 R. I PÓŹNIEJ – 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

Nazwa zadania:
SZCZEPIENIA PROFILAKTYCZNE PRZECIW PNEUMOKOKOM DZIECI
URODZONYCH W 2015 R. – 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

Nazwa zadania:
SZCZEPIENIA PROFILAKTYCZNE PRZECIW ZAKAŻENIOM WIRUSEM
BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) DZIEWCZYNEK URODZONYCH W 2006 R. –
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