

KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA

W wyniku przeprowadzonego w dniu _____ lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:

u Pana/i _____

urodzonego/ej w dniu _____

zamieszkałego/ej w _____

nr PESEL _____

dotatkowo – tylko dla studentów i doktorantów:

nr albumu _____

Urząd Skarbowy _____

adres _____

Stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw grypie w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego

Nazwa, seria i numer szczepionki:

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:

Warszawa, dnia _____

Pieczęć i podpis lekarza

Wyrażam zgodę:

.....

.....

Data i podpis pacjenta