

SKIEROWANIE NA WYKONANIE SZCZEPIEŃ

PŁATNIK:
KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI
W SZCZECINIE
ul. Małopolska 47, 70-515 Szczecin
PKD: 84.24.Z, REGON: 810903040
NIP: 851-030-96-92
(oznaczenie pracodawcy)

.....
(data rejestracji)

SKIEROWANIE NR/...../..... rok

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Nazwa szczepienia:

Nazwisko i imię: Identyfikator kadrowy:

PESEL:

Data urodzenia:

Komórka organizacyjna:

Stanowisko:

Adres zamieszkania: -

Uwagi i przeciwwskazania do szczepień zgłaszane przez kierowanego: **nie zgłaszano.**

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy /
osoby upoważnionej)

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do rejestracji skierowania)