………………………………………………………………

(miejscowość, data)

UNIKALNY NUMER SKIEROWANIA ……………………………………..

OŚWIADCZENIE

 o zasadności szczepienia w miejscu pobytu pacjenta

Potwierdzam , że stan zdrowia Pani/Pana ……………………………………………………………………………………….

Pesel…………………………………………………, adres zamieszkania……………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

uniemożliwia samodzielne dotarcie do punktu szczepień oraz osoba wskazana powyżej nie może skorzystać z transportu zapewnionego przez jednostki samorządu terytorialnego.

……………………………………………………….. ……………………………………………………..

(pieczątka podmiotu leczniczego) (pieczątka imienna lekarza i podpis)