

.....
pieczęć zakładu

Lista osób uprawnionych do szczepień p/wzw typu B

za miesiąc

1. Osoby z kontaktu z nosicielem HBV

lp.	imię i nazwisko osoby z kontaktu z nosicielem HBV	data urodzenia	adres zamieszkania	data szczepienia / dawka	imię i nazwisko nosiciela HBV

2. Nosiciele HCV

lp.	imię i nazwisko nosiciela HCV	data urodzenia	adres zamieszkania	data szczepienia / dawka

.....
podpis