

.....
(Pieczęć podmiotu)**ZAPOTRZEBOWANIE NA PREPARATY SZCZEPIONKOWE**

L.p.	Nazwa preparatu	Ilość	Jednostka	Uwagi
1	BCG			
2	WZW B (dla dzieci) Euvax B/Hepavax Gene*			
3	DTP			
4	MMR II / Priorix *			
5	p/ <i>Haemophilus influenzae</i> PEDVAX Hib / Hiberix / ACT - Hib *			
6	Polio zabite - IMOVAX POLIO			
7	Polio żywe - Polio Sabin			
8	DTaP (Tripacel / Infanrix)*			
9	Td / Td-pur*			
10	p/ <i>Streptococcus pneumoniae</i> – Prevenar 13			
11	p/ <i>Streptococcus pneumoniae</i> – Synflorix			
12	p/ospie wietrznej - Varilrix			
13	WZW B (dla dorosłych) – Euvax B/Hepavax Gene*			
14	WZW B (dla dializowanych) – Engerix B			
15	TT- TĘŻEC			
16	DT			
17				
18				
19				

.....
(Data i podpis osoby odbierającej)

* - właściwe zaznaczyć