

.....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

.....
(pesel)

.....
(stanowisko)

Oświadczenie o wykonaniu szczepień przeciw WZW typu B

Nazwa dokumentu potwierdzającego wykonanie szczepień

.....
Data wykonania szczepień

.....
(data i podpis Przyjmującego zamówienie)

Oświadczenie, iż jestem świadomy/a* skutków ewentualnej ekspozycji zawodowej w zakresie zakażenia HIV*, HCV*, HBS*, wynikających z narażenia na czynniki biologiczne, określone w skierowaniu na badania profilaktyczne dotyczące ochrony zdrowia pracowników.

.....
(data i podpis Przyjmującego zamówienie)

*niewłaściwe skreślić