

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

.....  
(pesel)

.....  
(stanowisko)

.....  
(tel. kontaktowy)

### Oświadczenie o wykonaniu szczepień przeciw WZW typu B

..... Nazwa dokumentu potwierdzającego wykonanie szczepień

.....

Daty wykonania podstawowych szczepień

.....

( I dawka )

( II dawka )

( III dawka )

.....

( IV dawka )

( V dawka )

( VI dawka )

.....

(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