

.....  
(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