

.....
(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

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

.....
(Stanowisko)

Oświadczenie

Zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia lekarskiego dopuszczającego mnie do pracy najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.

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