.....
(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