

.....  
**Imię i nazwisko pracownika/przyjmującego zamówienie\***

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PESEL**

.....  
**Stanowisko**

.....  
**Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych**

.....  
**Telefon kontaktowy**

## **OŚWIADCZENIE**

### **o wykonaniu szczepień przeciw WZW typu B**

(Dotyczy konkursu ofert nr: **ZP**-.....)\*

Niniejszym oświadczam, iż zostałam/zostałem zaszczepiona /zostałem zaszczepiony\* pełnym cyklem (trzema dawkami lub więcej) przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

Pełna data lub co najmniej rok wykonania szczepienia:

.....  
**(I dawka)**

.....  
**(II dawka)**

.....  
**(III dawka)**

.....  
**(IV dawka)**

.....  
**(V dawka)**

.....  
**(VI dawka)**

Jestem świadoma/świadomy\* skutków ewentualnej ekspozycji zawodowej w zakresie zakażeń: HIV, HBV i HCV, wynikających z narażenia na czynniki biologiczne.

.....  
**Data i podpis pracownika/przyjmującego zamówienie\***

\* *niepotrzebne skreślić*