

.....  
**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