

.....  
*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*