

.....
(pieczęć nagłówkowa przychodni)

.....
(miejsowość i data wystawienia)

**Adresat: Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna w Siedlcach
Sekcja Epidemiologii
ul. Poniatowskiego 31
08-110 Siedlce**

Przychodnia
(nazwa przychodni)

prosi o wydanie następujących ilości szczepionek statutowych do realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych wynikających z obowiązującego Programu Szczepień Ochronnych:

Lp.	Rodzaj, nazwa szczepionki	Ilość zamawiana (dawki, amp., fiolki)
1		
..		
..		
..		
..		
..		
..		
..		
..		
..		
..		
..		
..		
..		

Zamówienie przygotowała:.....*
(imię i nazwisko pielęgniarki ds szczepień)

.....
(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego
szczepienia ochronne lub kierownika przychodni)

* - pozycje, które nie są konieczne wymagane.

Załącznik Z- 02/IT-05/EPN
Data wydania 06.03.2017r.

Strona 1 z 1