

**Załącznik nr 2** do ogłoszenia konkursu ofert na wybór w 2018 roku realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” w zakresie koordynacji programu

.....  
(pieczęć świadczeniodawcy)

## ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM SZCZEPIENIU

### Dane szczepionej osoby:

Imię:		Nazwisko:	
PESEL:			
Adres zamieszkania: (miejscowość, kod pocztowy, ulica i nr)			
Telefon:			

### Podmiot leczniczy sprawujący nad osobą szczepioną opiekę medyczną w ramach POZ:

Nazwa:		Adres:	
--------	--	--------	--

### Dane dotyczące lekarskiego badania kwalifikacyjnego:

Data badania:		Imię i nazwisko lekarza kwalifikującego:	
<input type="checkbox"/>	stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym		
<input type="checkbox"/>	stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym		
Rodzaj przeciwwskazania:			

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

### Dane dotyczące szczepienia:

Wiek osoby szczepionej	Data szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki

.....  
(czytelny podpis wykonującego szczepienie)



„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”