

**PODMIOT ZGŁASZAJĄCY:**

typ (szpital, ZOL, ZPO):

REGON 14-znakowy:

imię i nazwisko oraz nr tel. do  
osoby kontaktowej:przepustowość (liczba szczepień  
możliwych do wykonania  
dziennie):szczepienie również w sobotę  
(tak/nie):szczepienie również w niedzielę  
(tak/nie):**OSOBY PODLEGAJĄCE SZCZEPIENIU NIE POSIADAJĄCE NUMERU PESEL:**

pracownicy medyczni (liczba):

pracownicy niemedyczni (liczba):

**OSOBY PODLEGAJĄCE SZCZEPIENIU POSIADAJĄCE NUMER PESEL:**

PESEL	Czy pracownik medyczny?

[Blue header bar]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SEL: [Blue header bar]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[Blue header bar]

Sprawdzenie numeru PESEL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_