

SKIEROWANIE NA WYKONANIE SZCZEPIEŃ

PŁATNIK:
KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI
W BYDGOSZCZY
ul. Powstańców Wielkopolskich 7, 85-090
Bydgoszcz
PKD: 84.24.Z, REGON: 091362152
NIP: 554-031-29-93
(oznaczenie pracodawcy)

(data rejestracji)

SKIEROWANIE NR

rok

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Nazwa szczepienia:

Nazwisko i imię: .

Identyfikator kadrowy:

PESEL: .

Data urodzenia: .

Komórka organizacyjna: .

Stanowisko: .

Adres zamieszkania:

Uwagi i przeciwwskazania do szczepień zgłaszane przez kierowanego:

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy /
osoby upoważnionej)

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do rejestracji skierowania)