



MEDICOVER

Medicover Sp. z o.o.
Kraków CM Podgórska
Podgórska 36
31-536 Kraków

ZAŚWIADCZENIE O WYKONANIU SZCZEPIENIA

Imię i nazwisko : Marek Obłaza
Data urodzenia : 19/06/1970

Numer karty: 1129308

Dnia: 27/03/2014 roku wykonano szczepienia przeciwko.....

Nazwa szczepionki: Szczepienie ENGERIX dla dorosłych

Nr serii : AHBVC307AE

Cykl szczepień przeciwko.....

składa się z.....dawek

Terminy kolejnych szczepień:

1 27/04/2014

2...../...../.....

3...../...../.....

Osoba kwalifikująca do szczepienia : Ewa Dutkiewicz

Osoba wykonująca szczepienie: Małgorzata Lepiarz

Małgorzata Lepiarz
Pielęgniarka Dyplomowana
Nr 1712573.P

Podpis osoby wykonującej szczepienie

Małgorzata Lepiarz
Pielęgniarka Dyplomowana
Nr 1712573.P

Podpis osoby wydającej Zaświadczenie

Zgodnie z Rozporządzeniem MZ z 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień, „na osobie szczepionej, jej przedstawicieli ustawowych lub jej opiekunie faktycznym ciąży obowiązek przekazania niniejszego zaświadczenia świadczeniodawcy sprawującemu opiekę profilaktyczną zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a w przypadku osoby nieubezpieczonej - państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca zamieszkania tej osoby.”



MEDICOVER

Medicover Sp. z o.o.
Kraków CM Podgórska
Podgórska 36
31-536 Kraków

ZAŚWIADCZENIE O WYKONANIU SZCZEPIENIA

Imię i nazwisko : Marek Oblaza

Numer karty: 1129308

Data urodzenia : 19/06/1970

Dnia: 30/04/2014 roku wykonano szczepienia przeciwko.....

Nazwa szczepionki: Szczepienie ENGERIX dla dorosłych

Nr serii : AHBVC307AE

Cykl szczepień przeciwko.....

składa się z.....dawk

Terminy kolejnych szczepień:

1 30/09/2014

2...../...../.....

3...../...../.....

Osoba kwalifikująca do szczepienia : Aleksandra Delikat

Osoba wykonująca szczepienie: Małgorzata Lepiarz

Małgorzata Lepiarz
Pielęgniarka Dyplomowana
Nr 1712573.P
Podpis osoby wykonującej szczepienie

Małgorzata Lepiarz
Pielęgniarka Dyplomowana
Nr 1712573.P
Podpis osoby wydającej Zaświadczenie

Zgodnie z Rozporządzeniem MZ z 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień, „na osobie szczepionej, jej przedstawicielu ustawowym lub jej opiekunie faktycznym ciąży obowiązek przekazania niniejszego zaświadczenia świadczeniodawcy sprawującemu opiekę profilaktyczną zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a w przypadku osoby nieubezpieczonej - państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca zamieszkania tej osoby.”



MEDICOVER

Medicover Sp. z o.o.
Kraków CM Podgórska
Podgórska 36
31-536 Kraków

ZAŚWIADCZENIE O WYKONANIU SZCZEPIENIA

Imię i nazwisko : Marek Obłaza

Numer karty: 1129308

Data urodzenia : 19/06/1970

Dnia: 07/10/2014 roku wykonano szczepienia przeciwko.....

Nazwa szczepionki: Szczepienie ENGERIX dla dorosłych

Nr serii : AHBVC356AI

Cykl szczepień przeciwko.....

składa się z.....dawek

Terminy kolejnych szczepień:

1

2...../...../.....

3...../...../.....

Osoba kwalifikująca do szczepienia : Waldemar Kosiba

Osoba wykonująca szczepienie: Małgorzata Lepiarz

Podpis osoby odbierającej zaświadczenie

Małgorzata Lepiarz
Pielęgniarka Dyplumowana
Nr 17 12573.P
Podpis i pieczęć osoby wykonującej szczepienie

Zgodnie z Rozporządzeniem MZ w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych opiekun faktyczny dziecka zobowiązany jest do przekazania zaświadczenia o wykonaniu szczepienia świadczeniodawcy posiadającemu Kartę uodpornienia.