

PODMIOT ZGŁASZAJĄCY:

typ (szpital, ZOL, ZPO, inny):	
REGON 14-znakowy:	
imię i nazwisko oraz nr tel. do osoby kontaktowej:	

OSOBY PODLEGAJĄCE SZCZEPIENIU NIE POSIADAJĄCE NUMERU PESEL:

pracownicy medyczni (liczba):	
pracownicy niemedyczni (liczba):	

[illegible]