……………………………………….., dnia ………………………….r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia……………………………………………………………. PESEL…………………………………………………………….

Zamieszkały(a)……………………………………………………………………………………………………………………………………..

W/w pacjent(ka) nie był(a) szczepiona(a) p/PCV,P/HPV\*.

Stwierdzam brak trwałych przeciwwskazań do szczepień.

 Pieczątka i podpis lekarza

\* Niepotrzebne skreślić