

--

Dane kontaktowe ośrodka
koordynującego

e-mail:

.....

.....

.....

3) przeciwwskazania:

.....

.....

.....

4) zalecenia dotyczące szczepień ochronnych (obowiązkowych i zalecanych):

.....

.....

.....

5) inne:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające imię
i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskaną specjalizację,
numer wykonywania zawodu oraz podpis lekarza
NF/RAS)