

Pieczęć zakładu

Adresat
**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Dąbrowie Górniczej**

**SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI PRZECIWWSKAZAŃ
LEKARSKICH DO SZCZEPIEŃ
ZA OKRES.....**

Rocznik	Liczba przeciwwskazań lekarskich		Rozdział przeciwwskazań lekarskich wystawionych przez POZ z uwzględnieniem imienia i nazwiska lekarza.
	Wydanych przez lekarza specjalistę	Wydanych przez lekarza POZ	

Miejscowość i data

Podpis kierownika zakładu