|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Załącznik nr 6 do umowy |  |  |
|  |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NA WYKONANIE SZCZEPIEŃ** | |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | | --- | | PŁATNIK: KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W OLSZTYNIE ul. Partyzantów 6/8, 10-521 Olsztyn PKD: 84.24.Z, REGON: 510064784 NIP: 739-020-66-11 (oznaczenie pracodawcy) | | |  |  |  |  | |  | | --- | | **.........................**  (data rejestracji) | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | | --- | | ............................................ (pieczęć i podpis lekarza) | | | |  |
|  |  |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NR ........./........../.......... rok** | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  | |  | | --- | | Nazwa szczepienia:  Nazwisko i imię: Identyfikator kadrowy:  PESEL:  Data urodzenia:  Komórka organizacyjna:  Stanowisko:  Adres zamieszkania:  Uwagi i przeciwwskazania do szczepień zgłaszane przez kierowanego: | | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | --- | | ...................................................... (pieczęć i podpis pracodawcy /  osoby upoważnionej) | |  | |  |  |  |  | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | | --- | | ................................................................. (pieczęć i podpis osoby upoważnionej  do rejestracji skierowania) | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |