|  |
| --- |
| **Podmiot leczniczy / punkt szczepień** |
| Nazwa: |
| Adres: |

**Zamówienie do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej (PSSE)**

**na szczepionki w ramach programu powszechnych szczepień przeciw HPV**

(szczepienia zalecane objęte finansowaniem publicznym)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa szczepionki****przeciw HPV** | **Liczba zamawianych dawek** | **Liczba wydanych** **dawek** |
| wypełnia punkt szczepień | wypełnia PSSE |
| 1. | Cervarix |  |  |
| 2. | Gardasil 9 |  |  |

Oświadczam, że podmiot leczniczy/punkt szczepień, w którego imieniu pobieram szczepionki przeciw HPV znajduje się na liście podmiotów wykonujących szczepienia przeciw HPV w programie powszechnych szczepień przeciw HPV realizowanych na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2023 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem (Dz. Urz. MZ z 2023 r. poz. 16).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Data: | Imię i nazwisko orazpodpis osoby uprawnionej |
|  | \_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_ r. | ………………..……………………………  |

**Informacje:**

1. szczepionki przeciw HPV są wydawane wyłącznie tym podmiotom leczniczym, które udostępniły elektroniczną rejestrację na szczepienia przeciw HPV poprzez system centralnej e-Rejestracji oraz zobowiązały się do dokumentowania szczepień przeciw HPV w elektronicznej Karcie szczepień. Stacja sanitarno-epidemiologiczna jest obowiązana do dokonania weryfikacji czy podmiot leczniczy znajduje się na liście punktów szczepień uczestniczących w programie powszechnych szczepień przeciw HPV.
2. zamówienia mogą być składane do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej od dnia **23 maja 2023 r.** Szczepionki są wydawane w terminie umówionym z powiatową stacją sanitarno-epidemiologiczną – w zależności od dostępności preparatów.

Uwagi: