............................................... .............................................

  *(pieczątka placówki)* *(miejscowość, data)*

**UPOWAŻNIENIE**

 **JEDNORAZOWE Nr** …...**/20**................ **DO ODBIORU SZCZEPIONEK**

Pani/Pan …...................................................................................................................................,

zatrudniona/y w………………………………………………………………………………..., upoważniona/y jest do odbioru szczepionek z magazynu Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Lipsku na podstawie zapotrzebowania bieżącego z dnia …………….......

 ……………………………

  *(podpis kierownika podmiotu leczniczego)*