

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(miejsowość, data)

Upoważnienie do odbioru szczepionek

Upoważniam niniejszym Panią / Pana.....
zatrudnion/-ą/-ego w
(nazwa placówki)
na stanowisku....., legitymując/-ą/-ego
się dowodem osobistym nr

do odbioru szczepionek

z magazynu Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku,
ul. Wałowa 27

przeznaczonych dla.....
(podać nazwę placówki)

.....
.....

Niniejsze upoważnienie wydaje się w 2 egzemplarzach na czas
(jednorazowe/od dnia - do dnia)

.....
(pieczęć i podpis Kierownika przychodni
lub osoby upoważnionej)

- Otrzymują:
1. PSSE w Gdańsku
 2. a/a - placówka