|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: | **Kwartalne sprawozdanie****z obowiązkowych szczepień ochronnych****wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie****za okres** **od**  **do**   | Adresat: |
| Numer identyfikacyjny - regon:  | **Sprawozdanie należy przekazać w terminie****do 7 dnia po okresie sprawozdawczym****(07.01; 07.04; 07.07; 07.10)** |
|  |
|  | **Dział 1. Karty uodpornienia przechowywane przez składającego sprawozdanie** |  |
|  | **Rok****urodzenia****pacjenta** 2) | **Liczba kart uodpornienia** 1) |  |
|  | **wg stanu****w ostatnim dniu****poprzedniego****okresu sprawozdawczego** | **w okresie sprawozdawczym** | **wg stanu****w ostatnim dniu****okresu sprawozdawczego** 3)  |  |
|  | **założonych****przez****składającego****sprawozdanie** | **otrzymanych****od innych****podmiotów** | **usuniętych z kartoteki z powodu zgonów, emigracji** | **przekazanych****innym****podmiotom** |  |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |
|  | 1. 1
 | **2021** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 1
 | **2020** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 2
 | **2019** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 3
 | **2018** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 4
 | **2017** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 5
 | **2016** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 6
 | **2015** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 7
 | **2014** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 8
 | **2013** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 9
 | **2012** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 10
 | **2011** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 11
 | **2010** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 12
 | **2009** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 13
 | **2008** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 14
 | **2007** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 15
 | **2006** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 16
 | **2005** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 17
 | **2004** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 18
 | **2003** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 19
 | **2002** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 20
 | **starsi** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 21
 | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | **Dział 2. Osoby uchylające się od obowiązku szczepień** |  |
|  | **Liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych, których imienny wykaz dołączono do sprawozdania** |  |  |
|  |
| Wyjaśnienia dotyczące sprawozdaniamożna uzyskać pod numerem telefonu: |  | Pieczątka imienna i podpis osobydziałającej w imieniu sprawozdawcy: |
| ............................................................................................. | .............................................................................................(miejscowość i data) | ............................................................................................. |
|  |
|  |