nazwa i adres
świadczeniodawcy prowadzącego punkt szczepień

		Stany magazynowe na dzień …….			
Lp.	**Szczepionka/nazwa choroby**	**Nazwa szczepionki**	**Seria**	**Data ważności**	**Ilość posiadanej szczepionki**
1.	gruźlica (ampułka/fiolka zawiera 10-dawek)	BCG			
2.	odra, świnka i różyczka	MMR			
3.	**VZV** - ospa wietrzna	Varivax			
4.	**ROTA** - rotawirusy	Rotateq			
5.	**HBV** - wirusowe zapalenie wątroby typu B – dzieci (0,5 ml)	Euvax 0.5			
6.	**HBV** - wirusowe zapalenie wątroby typu B dla dorosłych (1,0 ml)	Euvax 1,0			
7.	**HBV** - wirusowe zapalenie wątroby typu B – dializowani (1,0 ml)	Engerix			
8.	**PCV-10** - Streptococcus pneumoniae	Synflorix			
9.	**PCV-13** - Streptococcus pneumoniae (	Prevenar-13			
10.	**IPV** – poliomyelitis (inaktywowana)	Immovax Polio			
11.	**HiB** - Haemophilus influenze typ B	Act-Hib			
12.	**DTwP -** błonica, tężec, krztusiec (pełnokomórkowa)	DTP			
14.	DTaP-HiB-IPV (5-w-1)	Pentxim			
15.	DTaP-HiB-IPV (5-w-1)	Infanrix-IPV-HiB			
16.	**DTaP-IPV (4-w-1)** błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis	Tetraxim			
17.	**Tdap** - błonica, tężec, krztusiec (dla osób powyżej 6 r.ż.)	Boostrix			
18.	**Td** - błonica, tężec	Clodivac			
19.	**Td** - błonica, tężec	diTeBooster			
20.	**T** - tężec	Tetana			
21.	**p/wściekliznie**	verorab			