|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej: | | | | | **Kwartalne sprawozdanie**  **z obowiązkowych szczepień ochronnych**  **wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdnie**  **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 | **2020** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 2 | **2019** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 3 | **2018** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 4 | **2017** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 5 | **2016** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 6 | **2015** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 7 | **2014** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 8 | **2013** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 9 | **2012** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 10 | **2011** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 11 | **2010** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 12 | **2009** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 13 | **2008** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 14 | **2007** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 15 | **2006** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 16 | **2005** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 17 | **2004** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 18 | **2003** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 19 | **2002** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 20 | **2001** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  | 21 | **2000** |  | | | |  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  | **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 sprawozdania  można uzyskać pod numerem telefonu: | | | | | |  | | | | Pieczątka imienna i podpis osoby  działającej w imieniu sprawozdawcy: | | | | | |
| ............................................................................................. | | | | | | .............................................................................................  (miejscowość i data) | | | | ............................................................................................. | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |