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

 ( pieczątka placówki) (miejscowość, data )

 **Upoważnienie nr............/ 20…....**

 Upoważniam niniejszym Panią / Pana......................................................

zatrudnioną w .......................................................................................................

na stanowisku......................................................... legitymującą się dowodem

osobistym nr ..................................................., wydanym dnia ...........................

....................................., przez ..............................................................................

................................................, PESEL ................................................................

 **do odbioru szczepionek**

z Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej w Kołobrzegu ,

ul. Waryńskiego 8 do .......................................................................................

( podać nazwę placówki )

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

Niniejsze upoważnienie wydaję się w 2 egzemplarzach na okres ..............................................

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

 ( podpis kierownika placówki )

**Otrzymują:**

1. Pan ( Pani ) ........................................
2. PSSE w Kołobrzegu