KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W POZNANIU Załącznik nr 5

60-844 Poznań, ul. Kochanowskiego 2a

NIP :777-00-01-878

REGON: 630703410

…………………………………………… …………………………………… (nazwa jednostki organizacyjnej Policji) (miejscowość, data rejestracji )

Nr sprawy: ZZP-2380 - ……………

Badanie należy wykonać w terminie do dnia………………………………r.

(data ważności badania)

**SKIEROWANIE NA BADANIE nr ………………/20 …. r.**

**na wykonanie niżej wymienionych szczepień**

* **WZW typu „B”**
* **Tężec**
* **Kleszczowemu zapaleniu mózgu**

Działając na podstawie art. 20 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 z późn. zm.), kieruję na badanie lekarskie:

Pana/ Panią\*) ………………………………………………………… imię ojca ………………………………….

(imię nazwisko)

Nr PESEL ………………………………………………………...…………………………………………………

zamieszkałego/zamieszkałą\*) ………………………………………………………………………………………

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną\*) lub pełniącego/pełniącą\*) pracę/ służbę na stanowisku lub stanowiskach pracy

……………………………………………………………………………………………………………………….

jednostka/komórka organizacyjna Policji …………………………………………………………………………..

Opis stanowiska służby/pracy\*) ……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Uwagi i przeciwwskazania do szczepień zgłaszane przez kierowanego:

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………… …………………………………….

(pieczęć i podpis bezpośredniego przełożonego) (pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)

…………………………………………

(pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie\*\*)

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*) Skierowanie wystawia przełożony, o którym mowa w Załączniku Nr 7 do umowy.

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w trzech egzemplarzach, z których jeden przeznaczony jest dla Wykonawcy. Pozostałe dwa egzemplarze po wykonaniu badania u Wykonawcy, zostają przekazane wraz z fakturą na adres płatnika.

**POTWIERDZENIE WYKONANIA SZCZEPIEŃ**

1. Data i rodzaj wykonanego szczepienia ………………………………………………………...
2. Data następnego szczepienia …………………………………………………………………
3. Pieczątka i podpis lekarza uprawnionego do wykonywania zadań służby medycyny pracy

………………………………………