

Załącznik nr 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
**Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym w
„Programie szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie
Bieliny na lata 2022-2024” (wzór)**

(pieczęć nagłówkowa podmiotu)

W wyniku przeprowadzonego w dniu o godz. lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:

u Pana/i urodzonego/ej w dniu
zamieszkałego/ej w

nr PESEL*

stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego p/Men

stwierdzono następujące przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego p/Men:

DODATKOWE UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:

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

.....

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

** lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL*