

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**SZCZEPIENIA PRZECIW COVID-19**  
**DLA PRACOWNIKÓW SEKTORA OCHRONY ZDROWIA**

Data.....

Nazwa podmiotu zgłaszającego.....

Telefon kontaktowy.....

Imię i nazwisko osoby do kontaktu.....

Wykaz osób zgłaszanych do szczepienia przeciw COVID-19 \*)

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Pracownik medyczny (TAK/NIE)

\*)W razie konieczności proszę dodać dodatkowe wiersze do tabeli

.....  
podpis osoby upoważnionej