*WYKAZ PERSONELU do SZCZEPIEŃ –COVID-19*

PODMIOT ZGŁASZAJĄCY

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **NAZWISKO i IMIĘ** | **PESEL** | **Pracownik med. lub niemedyczny** | **Czytelny Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Data …………………………………………………