Załącznik Nr 1 do umowy Nr……………..zawartej

w dniu……………….pomiędzy miastem Rzeszów a …………………………………………………...

Pieczęć Świadczeniodawcy

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wykaz uczestników Programu szczepień przeciwko grypie w 2017 roku.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Data urodzenia/**  **choroba przewlekła, obniżony stan odporności** | **Adres zameldowania** | **Podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego do szczepienia** | **Data udzielenia świadczenia** | **Nazwa szczepionki i nr serii** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

………………………………….

Data i podpis Świadczeniodawcy