

Warszawa, dn.

.....
pieczęć wydziału

SKIEROWANIE

Zgodnie z kalendarzem szczepień wydanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego na rok oraz obowiązującymi przepisami, uprzejmie proszę o wykonanie studentowi Akademii Medycznej w Warszawie

.....
imię i nazwisko, data i miejscowość urodzenia

numer albumu:

szczepienia przeciw WZW t.B* (dawką podstawową w cyklu 0,1,6 m-cy)

.....
podpis osoby wystawiającej

* właściwe podkreślić