

.....  
Pieczęć nagłówkowa podmiotu leczniczego

.....  
Miejscowość, data

**LISTA ZATRUDNIONEGO W PODMIOCIE LECZNICZYM PERSONELU, KTÓRY WYRAŻA  
CHĘĆ ZASZCZEPIENIA SIĘ PRZECIWKO COVID 19**

Lp.	Nr PESEL	Czy pracownik medyczny? TAK / NIE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

.....  
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu leczniczego