

.....
Imię i nazwisko pracownika/ przyjmującego zamówienie.

.....
Pesel

.....
Stanowisko

.....
Miejsce pracy (placówka)

.....
Tel. Kontaktowy

Oświadczenie o wykonaniu szczepień przeciw WZW typ B

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności prawnej, że zostałem zaszczepiony/a* pełnym cyklem przeciw żółtaczce typu B (trzema dawkami).

.....
Podpis pracownika.

Jestem świadomy/a* skutków ewentualnej ekspozycji zawodowej w zakresie zakażenia HIV,*HCV*, HBS*, wynikających z narażenia na czynniki biologiczne, określone w skierowaniu na badania profilaktyczne dotyczące ochrony zdrowia pracowników.

.....
Podpis pracownika.