……………………………….

Nazwa Podmiotu Leczniczego

………………………………..

Numer Księgi Rejestrowej

………………………………..

Kod (numer) jednostki lub komórki organizacyjnej

……………………………….

Adres miejsca wykonywania szczepienia

……………………………….

Imię nazwisko osoby składającej oświadczenie

Działając w imieniu podmiotu…………………………………..zgłaszam udział   
do szczepień przeciwko GRYPIE zakładu leczniczego położnego w

…………………………………………………………………………  
 (proszę o podanie adresu miejsca wykonywania szczepień).

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z wymaganiami i przepisami prawa dotyczącymi wykonywania szczepień ochronnych przeciwko GRYPIE , które zostały określone w ogłoszeniu oraz akceptuję je bez zastrzeżeń;
2. Oświadczam, że szczepienia będą wykonywane w pomieszczeniach spełniających wszystkie wymagania odpowiednie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 marca 2019 r. ( tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 402).