

(Pieczętka placówki zamawiającej)

Data.....

Zapotrzebowanie na szczepionki dla

.....
.....

L.p.	Nazwa szczepionki	Jednostka miary	Ilość	Uwagi
1.	DTP amp. a` 0,5 ml	amp.		
2.	DT amp. a` 0,5 ml	amp.		
3.	Infanrix/ Tripacel DTaP a` 0,5 ml	amp.		
4.	Td amp. a` 0,5 ml	amp.		
5.	Szczep. p/tężcowi TT a` 0,5 ml	amp.		
6.	BCG amp. a` 10 d	amp.		
8.	Szczep. p/wzw dla dzieci a` 0,5 ml	fiolki		
9.	Szczep. p/wzw dla dorosłych a` 1,0 ml	fiolki		
10.	Szczep. p/polio żywa a` 10 d	fiolki		
11.	Imovax Polio a` 0,5 ml	amp.		
12.	MMR _{II} / Priorix a` 1 dawka	fiolki		
13.	PedvaxHIB/ Act-HIB a` 0,5 ml	fiolki		
14.	Prevenar	amp.		
15.	Varilrix	fiolki		

Do odbioru upoważnia się:

.....
(podpis i pieczętka imienna)