

(Pieczęta placówki zamawiającej)

Data.....

Zapotrzebowanie na szczepionki dla

.....
.....

L.p.	Nazwa szczepionki	Jednostka miary	Ilość	Uwagi
1.	DTP amp. a` 0,5 ml	amp.		
2.	Szczepionka p/błonicy, tężcowi, krztuścowi - 14 r.ż.	amp.		
3.	Szczepionka p/błonicy, tężcowi, krztuścowi - 6 r.ż.	amp.		
4.	Td/Clodivac 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.	Pentaxim (Szczepionka DtaP-IPV/Hib)	amp.		
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.	Szczepionka p/pneumokokom Prevenar 13	amp.		
15.	Szczepionka p/ospie wietrznej Varilrix	fiolki		
16.	Szczepionka p/pneumokokom Synflorix	amp.		
17.	Szczepionka p/wścieklicznie Verorab	amp.		

Do odbioru upoważnia się:

.....

(podpis i pieczęta imienna)