

.....
(pieczęćka podmiotu leczniczego)

.....
(miejscowość, data)

**Powiatowa Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
w Środzie Wielkopolskiej**

Składam zamówienie na następujące ilości szczepionek:

Lp.	Nazwa szczepionki	Poj. jednostkowa (ml)	Ilość dawek/ fiolek
1.	ACT – HIB – p/haemophilus inf. typ b	0,5 ml	
2.	HIBERIX – p/haemophilus inf. typ b	0,5 ml	
3.	BCG 10 – p/gruźlicy	0,5 mg	
4.	DTP – p/błonicy, tężcowi i krztuścowi	0,5 ml	
5.	REFORTRIX - p/błonicy, tężcowi i krztuścowi	0,5 ml	
6.	TETRAXIM - p/błonicy, tężcowi, krztuścowi i polio	0,5 ml	
7.	PENTAXIM – p/błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio i haemophilus inf. typ b	0,5 ml	
8.	INFANRIX+IPV+HIB – p/błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio i haemophilus inf. typ b	0,5 ml	
9.	EUVAX B – p/wzw typu B	0,5 ml	
10.	HEPAVAX GENE TF - p/wzw typu B	0,5 ml	
11.	EUVAX – p/wzw typu B	1,0 ml	
12.	ENGERIX – p/wzw typu B (dializy)	1,0 ml	
13.	HEPAVAX GENE TF - p/ wzw typu B	1,0 ml	
14.	IMOVAX POLIO – p/poliomyelitis	0,5 ml	
15.	POLIORIX – p/poliomyelitis	0,5 ml	
16.	MMR VAX PRO - p/odrze, śwince i różyczce	0,5 ml	
17.	PRIORIX – p/odrze, śwince i różyczce	0,5 ml	
18.	Rozpuszczalnik do PRIORIX	0,5 ml	
19.	PREVENAR 13 – p/pneumokokom	0,5 ml	
20.	SYNFLORIX – p/pneumokokom	0,5 ml	
21.	CLODIVAC – p/błonicy i tężcowi	0,5 ml	
22.	TETANA – p/tężcowi	0,5 ml	
23.	VARILRIX – p/ospie wietrznej	0,5 ml	

Do odbioru szczepionek upoważniam,
dowód osobisty nr wydany przez

.....
(podpis i pieczęćka kierownika podmiotu leczniczego)