**Załącznik nr 2**

**do Umowy Nr**

**sprawozdanie zawierające wykaz osób, u których przeprowadzono szczepienia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Data przeprowadzenia szczepienia*** | ***Imię i nazwisko świadczeniobiorcy*** | ***Adres zameldowania świadczeniobiorcy*** | ***Numer ewidencyjny PESEL*** | ***Własnoręczny podpis świadczeniobiorcy*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |