

Z A Ś W I A D C Z E N I E

.....
(imię i nazwisko zaszczepionego dziecka)

została/ został zaszczepiona(y) w dniach:

➤ Pierwsza dawka: **20..... roku,**
(data szczepienia)

➤ Druga dawka: **20..... roku**
(data szczepienia)

szczepionką Cervarix, włączoną do wykazu leków refundowanych - zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 100).

.....
(data, podpis
i imienna pieczęć lekarza)