

Załącznik nr 4 do SWKO

Oświadczenie

.....
imię i nazwisko

.....

.....
miejsce zamieszkania

Oświadczam, że zostałem(am)/ nie zostałem(am)* zaszczepiony(a) przeciw WZW

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

(* niepotrzebne skreślić)