

---

(miejsowość, data)

**U P O W A Ż N I E N I E**  
**do odbioru szczepionki przeciwko grypie**

Ja niżej podpisany/a ..... (nr PWZ:.....),  
niniejszym upoważniam ..... legitymując/-ą/-ego się  
dowodem osobistym ..... (seria i numer dowodu osobistego), nr PESEL  
..... **do odbioru szczepionki przeciwko grypie z Okręgowej Izby Lekarskiej w**  
**Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza, ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa.**

*Jednocześnie oświadczam, że nie będę odpłatnie lub nieodpłatnie przekazywać otrzymanej szczepionki  
innym osobom.*

.....  
(Czytelny podpis lekarza wraz z pieczętką)