

Bytom, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/na(imię i nazwisko)
reprezentująca/cy podmiot/aptekę/NZOZ(nazwa)
oświadczam pod groźbą odpowiedzialności karnej, iż wykazany przez mnie
personel do szczepienia przeciwko COVID – 19 jest zatrudniony w moim
podmiocie i wchodzi w skład tzw. grupy „0” kwalifikowanej do szczepień,
zgodnie z obowiązującymi w tym względzie zaleceniami Ministerstwa Zdrowia
jak i regulacjami prawnymi.

.....
(data i podpis)