Załącznik nr 1 do Regulaminu dofinansowania kosztów uczestnictwa w kursie kwalifikacyjnym w zakresie badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19 oraz wykonywania szczepienia przeciw COVID-19, a także innych zalecanych szczepień ochronnych u osoby dorosłej

Oświadczenie (WZÓR)

Ja, niżej podpisany(a) …… będący farmaceutą, członkiem OIA w Krakowie oświadczam, że pracuję w aptece…… w której

• jest czynny Apteczny Punkt Szczepień

• zostanie uruchomiony do dnia 1.12.2025 r. Apteczny Punkt Szczepień *

* (niepotrzebne skreślić)

W przypadku uruchomienia Aptecznego Punktu Szczepień – akceptacja właściciela apteki: