

.....
(data rejestracji)

PŁATNIK: KWP w Szczecinie
70-515 Szczecin, ul. Małopolska 47
REGON: 810903040
NIP: 851-030-96-92

Badanie należy wykonać do
dnia.....wyłącznie
w placówce.....

SKIEROWANIE NA BADANIA NR –...../201... rok
na wykonanie niżej wymienionych szczepień

- WZW typu „B”
- łaseczkom tężca
- kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 2014r. Poz.1502, z późn.zm), kieruję na badania lekarskie:

Pana/ Panią:.....imię ojca :.....
(nazwisko i imię)

Data urodzenia :pesel –

zamieszkałego/zamieszkałą :

zatrudnionego/zatrudnioną**) lub podejmującego/podejmującą**) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy:

.....
jednostka/komórka organizacyjna Policji.....

określenie stanowiska/stanowisk^{*)} pracy^{***)}:

.....
.....
.....

.....
(pieczęć i podpis bezpośredniego przełożonego)

.....
(pieczęć i podpis kierownika jednostki - komórki)

.....
(pieczęć i podpis upoważnionego pracownika MP)