



Centrum Medyczne
im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. w Radzyminie -
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

Radzymin, dnia
godz.

Oświadczenie

W związku z wydaniem preparatu ze stabilnym jodem, ja niżej podpisany:

Imię i nazwisko data urodzenia.....

adres zamieszkania

oświadczam, że jestem upoważniony/a do odbioru tabletek jodku potasu dla członków mojej rodziny, sąsiadów itp.

Noworodki (imię, nazwisko i rok urodzenia)	Dzieci od miesiąca do 3 lat (imię, nazwisko i rok urodzenia)	Dzieci od 3 lat do 12 lat (imię, nazwisko i rok urodzenia)	Dzieci powyżej 12 lat i dorośli do 60 lat (w tym kobiety w ciąży) (imię, nazwisko i rok urodzenia)
Dawkowanie			
¼ tabletki	½ tabletki	1 tabletki	2 tabletki

Ponadto oświadczam, że:

- nie otrzymałem/am preparatów ze stabilnym jodem w innym punkcie lub innym stanowisku;
- pozostałe wyżej wskazane osoby uprawnione do otrzymania preparatu ze stabilnym jodem nie odebrały tych preparatów w innym punkcie lub innym stanowisku.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

Adnotacje o wydaniu preparatu ze stabilnym jodem:

Wydano tabletek jodku potasu.

Wydął:
(Imię i nazwisko wydającego)

Potwierdzenie odbioru:
Czytelny podpis odbierającego