Z A Ś W I A D C Z E N I E

.....
(imię i nazwisko zaszczepionego dziecka)

została/ został zaszczepiona(y) w dniach:

- Pierwsza dawka: ..... **20..... roku,**
  (data szczepienia)
- Druga dawka: ..... **20..... roku**
  (data szczepienia)

szczepionką Cervarix, włączoną do wykazu leków refundowanych - zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. MZ z 2023 r. poz. 13 i poz. 19).

.....
(data, podpis
i imienna pieczątka lekarza)