

Nachweis über ärztliche Impfberatung
polnisch

???

Nachweis über die ärztliche Impfberatung

W

Bei _____
nazwisko, imię, data urodzenia dziecka
Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

zgodnie z § 34 ust. 10a IfSG osobom sprawującym opiekę nad dzieckiem udzielono po-
rady dotyczącej szczepień.

hat mit den Sorgeberechtigten eine Impfberatung gemäß § 34 Abs. 10a IfSG stattgefunden.

Miejscowość, Data _____

Ort, Datum

Podpis i pieczęć lekarza _____

*Unterschrift und Stempel Arzt*Ärztin*