…………...…………………………… ………………….

(Pieczątka jednostki wydającej tabletki) (data)

**EWIDENCJA OSÓB PRZYJMUJĄCYCH TABLETKI JODKU POTASU**

**…………………………………………………………………………………**

(imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za wydawanie tabletek jodku potasu)

….………………………………..

 (podpis)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data wydania** | **Imię i nazwisko osoby przyjmującej tabletkę jodku potasu** | **Nr PESEL lub adres zamieszkania** | **Liczba pobranych tabletek (szt.)** | **Podpis osoby otrzymującej tabletkę jodku potasu** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*(imię i nazwisko osób odpowiedzialnych za wydawanie stabilnego jodu w PWTJP)* (podpis)