

Stamp of the referring unit
(Pieczęć jednostki kierującej)

Date (Data):

REFERRAL TO POST-EXPOSURE PREVENTIVE TREATMENT
(SKIEROWANIE NA PROFILAKTYKĘ POEKSPOZYCYJNĄ)

The Employer (Zakład pracy):

**Uniwersytet Medyczny im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu**

(VAT billing data, if the service is provided without agreement

ul. Fredry 10, 61- 701 Poznań,

dane do faktury VAT, jeśli usługa świadczona jest bez umowy)

NIP: 777-00-03-104

Name and surname of the employee/student/doctoral student (Imię i nazwisko
pracownika/studenta/doktoranta)

.....

PESEL:

.....

Unit/degree course (Jednostka/Kierunek studiów) :

.....

Information about the source of infection (informacje dotyczące źródła zakażenia):

.....

.....

.....

Additional information (informacje dodatkowe):

.....

.....

.....

I confirm that Poznan University of Medical Sciences will cover the costs of post-exposure preventive treatment according to the agreement in place. (Potwierdzam pokrycie kosztów związanych z profilaktyką poekspozycyjną przez pracodawcę - Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, zgodnie z zawartą umową)

.....

**Signature and stamp of the doctor or of the
authorised person** (podpis i pieczęć lekarza
lub osoby upoważnionej)