

## WZÓR WYKAZU\*

OSÓB PODDANYCH PROFILAKTYCE JODOWEJ W DNIU .....

Nazwa punku wydającego tabletki jodowe

[illegible]

(imię, nazwisko i podpis osoby odpowiedzialnej za wydawanie TJP w punkcie)

\*wykaz po wypełnieniu podlega ochronie zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych, w szczególności z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych (RODO)