**Załącznik nr 9 do SWZ**

**PROTOKÓŁ Z NADZORU NAD**

**DOSTAWĄ SZCZEPIONKI PRZECIWKO WŚCIEKLIŹNIE LISÓW WOLNO ŻYJĄCYCH W RAMACH JESIENNEJ AKCJI SZCZEPIEŃ W 2022 ROKU W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM**

**Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za nadzór** (z ramienia Inspekcji Weterynaryjnej):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data nadzoru**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nazwa dostarczonej szczepionki**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data wyjazdu szczepionki z fabryki**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data dostarczenia szczepionki na lotnisko docelowe, z którego odbywać ma się zrzut szczepionki**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Maksymalna temperatura zarejestrowana podczas transportu szczepionki na lotnisko docelowe, z którego odbywać ma się zrzut szczepionki (odczyty z samochodu mroźni od momentu załadunku w fabryce do momentu dostarczenia na lotnisko):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wyjaśnienia (proszę wypełnić, jeśli maksymalna temperatura zarejestrowana podczas transportu szczepionki była wyższa niż -20°C lub wyższa niż -15°C w zależności od zapisów Charakterystyki produktu leczniczego weterynaryjnego):**

**1. Przyczyny wzrostu temperatury powyżej –20°C /–15°C** *(niewłaściwe skreślić):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Okres wzrostu temperatury powyżej –20°C/–15°C** *(niewłaściwe skreślić)* (proszę podać w minutach/godzinach jak długo temperatura była podwyższona): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Czy wzrost temperatury powyżej –20° C/–15°C** *(niewłaściwe skreślić)* **mógł mieć negatywny wpływ na szczepionkę: TAK/NIE** *(niewłaściwe skreślić)*

**Miejsce przechowywania szczepionki po dostarczeniu:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numery serii dostarczonej szczepionki:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data ważności poszczególnych serii szczepionki:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ogólna liczba dostarczonych dawek szczepionki:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wyniki kontroli seryjnej wstępnej szczepionki:** zadowalające / niezadowalające *(niewłaściwe skreślić)*

**Data i miejsce pobrania szczepionki do badań bezpośrednio przed wyłożeniem:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za pobranie szczepionki do badań bezpośrednio przed wyłożeniem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za bezpośredni nadzór nad pobraniem szczepionki do badań bezpośrednio przed wyłożeniem (z ramienia Inspekcji Weterynaryjnej):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Liczba pobranych dawek szczepionki do badań bezpośrednio przed wyłożeniem:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data otrzymania wyników badań szczepionki pobranej bezpośrednio przed wyłożeniem:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wyniki badań szczepionki pobranej bezpośrednio przed wyłożeniem (z podaniem numeru serii szczepionki):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wyniki kontroli wizualnej szczepionki:** zadowalające / niezadowalające *(niewłaściwe skreślić)*

**Opis wyglądu szczepionki w przypadku niezadowalających wyników kontroli wizualnej:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór

 *(z ramienia Inspekcji Weterynaryjnej):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_