

# Iskazivanje interesovanja za vakcinisanje protiv COVID-19

Odaberite opciju:

JMBG:

Ime:

Prezime:

Adresa elektronske poste:

Broj mobilnog telefona (navesti broj u formatu 06X... bez razmaka i crtica):

Broj fiksnog telefona (navesti broj u formatu npr. 011... bez razmaka i crtica):

Odaberite lokaciju gde zelite da primite vakcinu (unesite opstinu):

OVDE FALI!!!!!!!!!!

Iskazujem interesovanje da primim isključivo vakcinu sledećih proizvođača za koji Agencija za lekove i medicinska sredstva potvrdi bezbednost, efikasnost i kvalitet i izda dozvolu za upotrebu leka:

Da li ste dobrovoljni davalac krvi?