

САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

(попуњава пацијент)

Држављанство: ПИТАЈ ОНОГ КО ЈЕ ОВО RADIOOOOOOOOO

Презиме: Perić Име: Pera Име родитеља: Veselin

Пол: Muski Датум рођења:1999-01-01 Место:Novi Sad

Адреса (улица и број): Jevrejska5

Место/Насеље Novi Sad

Општина/Град Novi Sad

Тел. фиксни 021 123 456

Тел. мобилни 065 123 45 67

имејл email@gmail.com

Радни статус Zaposlen

Занимање запосленог: prosveta

Корисник установе соц. зашт Zaposlen

Назив и општина седишта

Изјављујем да: ПРОЦИТАЈЈЈЈЈЈ

Лекар ми је објаснио предности и ризике од спровођења активне/пасивне имунизације наведеним имунолошким леком ПРОВЕРИ ПОТПИСИ И ДАТУМ



ЕВИДЕНЦИЈА О ВАКЦИНАЦИЈИ ПРОТИВ COVID-19

(попуњава здравствени радник)

Здравствена установа Вакцинацијски пункт

Име, презиме, факсимил и бр. телефона лекара: