САГЛАСНОСТ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРЕПОРУЧЕНЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ

(попуњава пацијент)

Држављанство:

Презиме: Mikic | Име: Mika | Име родитеља: Milenko Пол: Muski | Датум рођења: 1998-01-01 | Место: Novi Sad Адреса (улица и број): Jevrejska 55 | Место/Насеље Novi Sad

Општина/Град Novi Sad| Тел. фиксни 021 120 456 Тел. мобилни 065 120 45 67| имејл mika@gmail.com

Радни статус Zaposlen

Занимање запосленог: prosveta Корисник установе соц. зашт Изјављујем да: ПРОЦИТАЈЈЈЈЈЈЈ

Лекар ми је објаснио предности и ризике од спровођења активне/пасивне имунизације

наведеним имунолошким леком ПРОВЕРИ ПОТПИСССССССС и датум

ЕВИДЕНЦИЈА О ВАКЦИНАЦИЈИ ПРОТИВ COVID-19

(попуњава здравствени радник) Здравствена установа Вакцинацијски пункт Име, презиме, факсимил и бр. телефона лекара: