ОБРАЗАЦ 7.

Шифра потврде вакцинације: _____

ПОТВРДА О ИЗВРШЕНОЈ ВАКЦИНАЦИЈИ ПРОТИВ COVID-19

Име и презиме: _____

Датум рођења: _____

Пол: _____

ЈМБГ: _____

Датум давања и број серије прве дозе вакцине _____

Датум давања и број серије друге дозе вакцине _____

Здравствена установа која вакцинише: _____

Назив вакцине: _____

Датум издавања потврде: _____

Здравствена установа:

_____

Ова потврда важи без потписа и печата