

Здравствена установа _____

Захтјев за спровођење вакцинације као препоручене

Име и презиме _____

Датум рођења _____

Адреса и мјесто пребивалишта/боравишта

Контакт телефон _____

Овима путем подносим захтјев за спровођење вакцинације против

_____ (уписати назив болести).

Од стране здравственог радника сам добио/добила основне информације о користи и ризику вакцинације наведеном вакцином.

Потпис особе која се вакцинише
или законског заступника

Датум
