

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_