**ДО**

**РЗИ-БУРГАС**

**Заявка ваксини срещу COVID-19 за седмица от ………………… до …………………**

Име на ОПЛ : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Адрес на практиката : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Pfizer*** | | ***Moderna*** | | ***Astra Zeneca*** | | ***Janssen*** |
| *брой флакони* | | *брой флакони* | | *брой флакони* | | *брой флакони* |
| Първа доза | Втора доза | Първа доза | Втора доза | Първа доза | Втора доза |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Логистичен пункт, от който ще се получи ваксината:……………………………………………………………………………………………………..

Лице, което ще получи ваксината в логистичния пункт: ………………………………………………………………………………………………..

/три имена/

**Подпис : ……………………………………. Дата : ……………………………**