**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 : ……………………………**