

FORMULÁŘ PRO ZÁJEMCE O REGISTRACI K OČKOVÁNÍ
V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V MÝTĚ

Tímto žádám o REGISTRACI K OČKOVÁNÍ proti Covid-19 v ambulanci praktického lékaře v Mýtě.

JMÉNO, PŘÍJMENÍ:	
RODNÉ ČÍSLO:	
TELEFON:	
MAIL:	
PODPIS:	

Pacienti, které registruje praktický lékař, budou očkováni v ambulanci praktického lékaře. Termín dodání vakcín není garantován, odhadovaný horizont je duben, květen.

Po registraci u praktického lékaře nelze v současnosti registraci změnit a přehodit do Centrálního registru ministerstva zdravotnictví (kde se registrují pacienti, kteří se chtějí nechat očkovat v očkovacím centru).

Vyplněný formulář vhod'te do schránky ve zdravotním středisku v Mýtě označeném mým jménem.

Děkuji

MUDr. Jana Čadová