

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ o očkování proti hepatitidě typu B

Posuzovaná osoba

Jméno a příjmení

Datum narození

Adresa trvalého pobytu

Poskytovatel zdravotnických služeb

Název zařízení

Adresa

Kontakt

Potvrzuji, že posuzované osobě bylo provedeno očkování proti hepatitidě typu B.

Jméno, příjmení, razítko a podpis lékaře