

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**от общопрактикуващ лекар**

**за получаване на ваксини за COVID-19**

**Втора игла**

От..................................................................................................................................................

(трите имена на лекар)

.......................................................................................................................................................

(наименование на лечебното заведение)

.................................................................................................................................................................

(адрес на лечебното заведение)

**Код на практика на лечебното заведение**: ........................................................

Телефонен номер: ……………………………………

**Партиден номер на флакон/и Astra Zeneca**: …………………………………………..

Брой предоставени флакони ............. Брой предоставени дози ................

**Дата на получаване**: ............................... **Подпис и печати на ОПЛ : ...............................**