

Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: _____

Szül. dátum /
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

Oltóanyag adatai (első adag) / Vaccine information (first dose):

Az oltóanyag neve / Name: _____

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: _____

Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into:

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination: _____

A következő oltás időpontja / The date of the next vaccination: _____

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: _____

Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: _____

Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: _____

Szül. dátum /
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

Oltóanyag adatai (első adag) / Vaccine information (first dose):

Az oltóanyag neve / Name: _____

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: _____

Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into:

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination: _____

A következő oltás időpontja / The date of the next vaccination: _____

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: _____

Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: _____

Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: _____

Szül. dátum /
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

Oltóanyag adatai (első adag) / Vaccine information (first dose):

Az oltóanyag neve / Name: _____

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: _____

Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into:

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination: _____

A következő oltás időpontja / The date of the next vaccination: _____

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: _____

Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: _____

Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: _____

Szül. dátum /
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

Oltóanyag adatai (első adag) / Vaccine information (first dose):

Az oltóanyag neve / Name: _____

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: _____

Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into:

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination: _____

A következő oltás időpontja / The date of the next vaccination: _____

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: _____

Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: _____

Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

Oltóanyag adatai (második adag) / Vaccine information (second dose): Az oltóanyag neve / Name: <hr/>
Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: <hr/>
Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into: jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb right arm / left arm / right thigh / left thigh
Az oltás időpontja / Date of vaccination: <hr/>

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: <hr/>
Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: <hr/>

Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

Oltóanyag adatai (második adag) / Vaccine information (second dose): Az oltóanyag neve / Name: <hr/>
Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: <hr/>
Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into: jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb right arm / left arm / right thigh / left thigh
Az oltás időpontja / Date of vaccination: <hr/>

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: <hr/>
Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: <hr/>

Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

Oltóanyag adatai (második adag) / Vaccine information (second dose): Az oltóanyag neve / Name: <hr/>
Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: <hr/>
Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into: jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb right arm / left arm / right thigh / left thigh
Az oltás időpontja / Date of vaccination: <hr/>

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: <hr/>
Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: <hr/>

Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

Oltóanyag adatai (második adag) / Vaccine information (second dose): Az oltóanyag neve / Name: <hr/>
Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: <hr/>
Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into: jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb right arm / left arm / right thigh / left thigh
Az oltás időpontja / Date of vaccination: <hr/>

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: <hr/>
Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: <hr/>