

Spodaj podpisani (IME in PRIIMEK) _____,

TELEFON: _____,

izražam interes za cepljenje s cepivom proti COVID-19 v Splošni bolnišnici Jesenice in želim da me obvestite o možnih termin za cepljenje v Splošni bolnišnici Jesenice na zgoraj navedeni kontakt.

Želim biti cepljen s cepivom proizvajalca (obkrožite številko):

1. Pfizer-BioNTech
2. AstraZeneca
3. Ni pomembno

IZJAVA

Strinjam se z obdelavo osebnih podatkov za namen cepljenja in obveščanja o cepljenju proti COVID-19 v Splošni bolnišnici Jesenice.

V _____, dne _____

_____ Podpis