|  |
| --- |
| Место за штембил |

**ПОТВРДА**

Потврдувам дека лицето \_\_\_\_\_\_\_\_\_*(име и презиме)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ со ЕМБГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вработен во здравствена установа *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(назив на установа, место) \_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ е здравствен работник/соработник вработен на работно место \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оваа потврда важи за спроведување на имунизација.

Датум, Место М.П. Овластено лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потпис