

Študijný odbor (zakrúžkujte):

VZ

LVM

OŠE

Doklad o očkovaní študenta FZaSP TU proti VHB

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Trvalé bydlisko:

Podanie I. dávky vakcíny proti VHB:

Dátum:

Názov vakcíny:

Číslo šarže:

Pečiatka a podpis očkujúceho lekára:

Podanie II. dávky vakcíny proti VHB:

Dátum:

Názov vakcíny:

Číslo šarže:

Pečiatka a podpis očkujúceho lekára:

Podanie III. dávky vakcíny proti VHB:

Dátum:

Názov vakcíny:

Číslo šarže:

Pečiatka a podpis očkujúceho lekára:

Po podaní poslednej dávky študent odovzdá doklad na sekretariáte príslušnej katedry FZaSP TU