

## INFORMIRANA PRIVOLITEV K CEPLJENJU PROTI COVID 19

SPODAJ PODPISANI(A) \_\_\_\_\_

ROJEN(A) \_\_\_\_\_ SE ŽELIM CEPITI PROTI BOLEZNI COVID19.

MOJ KONTAKT (telefon, e.pošta, svojci) \_\_\_\_\_

PREJEL(A) SEM VSE POTREBNE INFORMACIJE OBJAVLJENE NA SPLETNI STRANI  
Ambulante Vita IN SVOBODNO PRISTOPAM K CEPLJENJU .

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_