**Общие сведения о вакцинированном лице**

**Заполнять печатными буквами, разборчивым почерком**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия, Имя, Отчество** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **СНИЛС:** номер |  |
| **Паспортные данные:** серия, номер, когда и кем выдан, код подразделения |  |
| **Полис ОМС:** номер, страховая организация |  |
| **Адрес** |  |
| **Телефон** |  |
| **Место работы** |  |
|  | |
| **Номер амбулаторной карты**  (заполняется мед.работником) |  |

**Общие сведения о вакцинированном лице**

**Заполнять печатными буквами, разборчивым почерком**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия, Имя, Отчество** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **СНИЛС:** номер |  |
| **Паспортные данные:** серия, номер, когда и кем выдан, код подразделения |  |
| **Полис ОМС:** номер, страховая организация |  |
| **Адрес** |  |
| **Телефон** |  |
| **Место работы** |  |
|  | |
| **Номер амбулаторной карты**  (заполняется мед.работником) |  |