

**Igazolás SARS-COV-2 elleni emlékeztető védőoltásról
/ Certificate of SARS-CoV-2 (booster) vaccination**

Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: _____

Szül. dátum /
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

**Oltóanyag adatai /
Vaccine information:**

Az oltóanyag neve / Name:

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number:

**Az oltás beadása melyik testrészebe történt /
The vaccine was administered into:**

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination:

Alapimmunizáláshoz képest: heterológ / homológ

**Az oltást végző egészségügyi szolgáltató
megnevezése és címe / The name and address
of the healthcare service provider:**

**Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és
orvosi bélyegzőjének lenyomata / The
responsible doctor's signature and stamp:**

**Igazolás SARS-COV-2 elleni emlékeztető védőoltásról
/ Certificate of SARS-CoV-2 (booster) vaccination**

Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: _____

Szül. dátum /
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

**Oltóanyag adatai /
Vaccine information:**

Az oltóanyag neve / Name:

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number:

**Az oltás beadása melyik testrészebe történt /
The vaccine was administered into:**

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination:

Alapimmunizáláshoz képest: heterológ / homológ

**Az oltást végző egészségügyi szolgáltató
megnevezése és címe / The name and address
of the healthcare service provider:**

**Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és
orvosi bélyegzőjének lenyomata / The
responsible doctor's signature and stamp:**

**Igazolás SARS-COV-2 elleni emlékeztető védőoltásról
/ Certificate of SARS-CoV-2 (booster) vaccination**

Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: _____

Szül. dátum /
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

**Oltóanyag adatai /
Vaccine information:**

Az oltóanyag neve / Name:

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number:

**Az oltás beadása melyik testrészebe történt /
The vaccine was administered into:**

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination:

Alapimmunizáláshoz képest: heterológ / homológ

**Az oltást végző egészségügyi szolgáltató
megnevezése és címe / The name and address
of the healthcare service provider:**

**Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és
orvosi bélyegzőjének lenyomata / The
responsible doctor's signature and stamp:**

**Igazolás SARS-COV-2 elleni emlékeztető védőoltásról
/ Certificate of SARS-CoV-2 (booster) vaccination**

Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: _____

Szül. dátum /
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

**Oltóanyag adatai /
Vaccine information:**

Az oltóanyag neve / Name:

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number:

**Az oltás beadása melyik testrészebe történt /
The vaccine was administered into:**

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination:

Alapimmunizáláshoz képest: heterológ / homológ

**Az oltást végző egészségügyi szolgáltató
megnevezése és címe / The name and address
of the healthcare service provider:**

**Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és
orvosi bélyegzőjének lenyomata / The
responsible doctor's signature and stamp:**
