

**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 testrészbe 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:**