

Zmocnění druhé osoby pro převzetí očkovacích látek

1) LÉKAŘ

JMÉNO:

ADRESA:

RAZÍTKO:

Zmocňuji

.....

aby mě zastupoval/a při přebírání očkovacích látek v ordinaci v mé nepřítomnosti.

DATUM:

PODPIS

2) PRÁVNICKÁ OSOBA

NÁZEV:

SÍDLO:

RAZÍTKO:

Zmocňuji lékaře

.....

pro přebírání očkovacích látek v ordinaci.

JEDNATEL:

DATUM:

PODPIS: