

Skjema for registrering av drop-in

Fyll ut skjemaet med blokkbokstaver.

Dato:.....

Kl:.....

Navn:

.....

Personnummer (11 siffer):.....

Telefonnummer:.....

Kryss av for hvilken vaksinetype du ønsker å motta:

Pfizer:

Moderna /Spikevax:

Kryss av for hvilken vaksinedose du trenger:

Dose 1

Dose 2

Oppfriskningsdose 1 (dose 3)

Oppfriskningsdose 2 (dose 4)

Fylles ut av vaksinasjonspersonellet

SYSVAK-registrert

Signatur



BERGEN
KOMMUNE