

Dato:.....

Kl:.....

## Registreringsskjema for drop-in-vaksinering

Fyll ut skjemaet med blokkbokstaver

\*Navn: \_\_\_\_\_

\*Personnummer (11 siffer): \_\_\_\_\_

\*Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Dato for siste dose (se koronasertifikatet ditt): \_\_\_\_\_

Felt merket med \* må fylles ut.

### Fylles ut av vaksinasjonspersonellet

Vaksinetype : \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

Signatur vaksinatør: \_\_\_\_\_

Signatur Sysvak-registrert: \_\_\_\_\_



BERGEN  
KOMMUNE