

приложение

Список работников \_\_\_\_\_ по состоянию \_\_\_\_\_ для организации и проведения прививок против новой коронавирусной инфекции

№п/п	Ф.И.О.(полностью)	дата рождения	адрес проживания	контактный телефон	СНИЛС (при наличии)	Полис ОМС (при наличии)	Имеет постоянный отвод (указать в соответствии с инструкцией по применению вакцины)	Имеет временный отвод от прививок (острые заболевания, положительный результат исследования на наличие)	Отказ от прививки	Привиты ранее (указать представленный документ, сроки вакцинации,	Пожелания работников по наименованию вакцины	Проведена вакцинация в рамках исполнения Постановления				Комментарии
												наименование вакцины	серия	V1	V2	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Руководитель \_\_\_\_\_

Участковый терапевт ГБУЗ НО \_\_\_\_\_

Графы 1-7 заполняется работодателями

графы 8-16 -заполняется медицинскими организациями

графа 17- заполняется работодателями или медицинскими организациями (при необходимости)