|  |  |
| --- | --- |
| Организация:  Желаемый адрес вакцинации**\***:  Желаемое время вакцинации:  Координатор: | |
| ФИО сотрудника | Пожелания по типу вакцины |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Список сотрудников, желающих пройти вакцинацию от COVID-19

Владелец\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** В случае, если нет возможности централизованно собрать персонал, необходимо указать в каком районе оптимально сконцентрировать людей, для вакцинации.