|  |
| --- |
| 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.