

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

### Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: \_\_\_\_\_

Szül. dátum /  
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

### Oltóanyag adatai (első adag) / Vaccine information (first dose):

Az oltóanyag neve / Name: \_\_\_\_\_

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: \_\_\_\_\_

### Az oltás beadása melyik testrészebe történt / The vaccine was administered into:

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb  
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination: \_\_\_\_\_

A következő oltás időpontja / The date of the next vaccination: \_\_\_\_\_

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: \_\_\_\_\_

Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: \_\_\_\_\_

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

### Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: \_\_\_\_\_

Szül. dátum /  
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

### Oltóanyag adatai (első adag) / Vaccine information (first dose):

Az oltóanyag neve / Name: \_\_\_\_\_

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: \_\_\_\_\_

### Az oltás beadása melyik testrészebe történt / The vaccine was administered into:

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb  
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination: \_\_\_\_\_

A következő oltás időpontja / The date of the next vaccination: \_\_\_\_\_

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: \_\_\_\_\_

Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: \_\_\_\_\_

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

### Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: \_\_\_\_\_

Szül. dátum /  
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

### Oltóanyag adatai (első adag) / Vaccine information (first dose):

Az oltóanyag neve / Name: \_\_\_\_\_

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: \_\_\_\_\_

### Az oltás beadása melyik testrészebe történt / The vaccine was administered into:

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb  
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination: \_\_\_\_\_

A következő oltás időpontja / The date of the next vaccination: \_\_\_\_\_

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: \_\_\_\_\_

Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: \_\_\_\_\_

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

### Oltott személy adatai / Information of the beneficiary:

Név / Name: \_\_\_\_\_

Szül. dátum /  
Date of Birth:

TAJ-szám / SSN:

### Oltóanyag adatai (első adag) / Vaccine information (first dose):

Az oltóanyag neve / Name: \_\_\_\_\_

Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: \_\_\_\_\_

### Az oltás beadása melyik testrészebe történt / The vaccine was administered into:

jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb  
right arm / left arm / right thigh / left thigh

Az oltás időpontja / Date of vaccination: \_\_\_\_\_

A következő oltás időpontja / The date of the next vaccination: \_\_\_\_\_

Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider: \_\_\_\_\_

Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp: \_\_\_\_\_

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

<b>Oltóanyag adatai (második adag) / Vaccine information (second dose):</b> Az oltóanyag neve / Name: <hr/>
Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: <hr/>
<b>Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into:</b> jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb right arm / left arm / right thigh / left thigh
<b>Az oltás időpontja / Date of vaccination:</b> <hr/>

<b>Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider:</b> <hr/>
<b>Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp:</b> <hr/>

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

<b>Oltóanyag adatai (második adag) / Vaccine information (second dose):</b> Az oltóanyag neve / Name: <hr/>
Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: <hr/>
<b>Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into:</b> jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb right arm / left arm / right thigh / left thigh
<b>Az oltás időpontja / Date of vaccination:</b> <hr/>

<b>Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider:</b> <hr/>
<b>Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp:</b> <hr/>

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

<b>Oltóanyag adatai (második adag) / Vaccine information (second dose):</b> Az oltóanyag neve / Name: <hr/>
Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: <hr/>
<b>Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into:</b> jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb right arm / left arm / right thigh / left thigh
<b>Az oltás időpontja / Date of vaccination:</b> <hr/>

<b>Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider:</b> <hr/>
<b>Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp:</b> <hr/>

## Igazolás SARS-COV-2 elleni védőoltásról / Certificate of SARS-CoV-2 vaccination

<b>Oltóanyag adatai (második adag) / Vaccine information (second dose):</b> Az oltóanyag neve / Name: <hr/>
Az oltóanyag gyártási száma / Serial number: <hr/>
<b>Az oltás beadása melyik testrészbe történt / The vaccine was administered into:</b> jobb kar / bal kar / jobb comb / bal comb right arm / left arm / right thigh / left thigh
<b>Az oltás időpontja / Date of vaccination:</b> <hr/>

<b>Az oltást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése és címe / The name and address of the healthcare service provider:</b> <hr/>
<b>Az oltást igazoló (felelős) orvos aláírása és orvosi bélyegzőjének lenyomata / The responsible doctor's signature and stamp:</b> <hr/>