

СПИСОК
працівників структурного підрозділу ЗУНУ,

(кафедри, відділу чи іншого структурного підрозділу)

які виявили бажання вакцинуватися від COVID-19

№ з/п	П. І. Б.	Дата народження	Посада	Контактний телефон	Адреса проживання	П.І.П. сімейного лікаря, заклад первинної медичної допомоги

Керівник

структурного підрозділу ЗУНУ

_____ (_____)