



GRIP VE COVID-19 AŞI FORMU

Müessese Adı	
İlçe Adı	

	Ad Soyad	Tc Kimlik No	Aile Hekimi Adı	Aile Hekimliği (ASM)	ASM nin bulunduğu ilçe	Grip Aşısı	Covid19 Aşısı
Optisyen-Gözlükçü						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Optisyen Diğer Personel						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Optisyen-Gözlükçülerimiz ve müesseselerinde çalışan personellerin hangi aşuları yaptırmak istediği ve diğer gerekli bilgiler ile ilgili olarak; Yukarıdaki tablonun **eksiksiz ve okunaklı bir şekilde** doldurularak **28 Aralık 2020 (Pazartesi) günü mesai bitimine kadar** ivedilikle odamıza ulaştırılması gerekmektedir.

Optisyen-Gözlükçü
Ad-Soyad
İmza