

## CEPLJENJE PROTI GRIPI

Podpisani/a \_\_\_\_\_ stanovalec/pooblaščenec,  
(ime in priimek)

soglašam, da se stanovalca/ko \_\_\_\_\_ cepi proti gripi.  
(ime in priimek stanovalca/ke)

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

