**Príloha č. 5**

**EVIDENČNÝ FORMULÁR VÝJAZDOVEJ OČKOVACEJ SLUŽBY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Názov poskytovateľa**  **VOS** |  |  |
| **IČO** | |  |
| Adresa | Ulica, číslo |  |
| Mesto |  |
| PSČ |  |
| Kontaktná osoba za VOS\* | Meno a priezvisko |  |
| Email |  |
| Pevná linka/Mobil |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VOS** |  |  |  |  |  |  |  |  | Denná kapacita očkovania (na každý  deň v týždni) | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **VOS MV ID** | **Vakcína** | **MESTO VOS** | **max vzdialenosť v km** | **Dátu m spuste nia prevá dzky**  **VOS** | **Priemern á denná kapacita očkovaní** | **Čas začiatku práce VOS** | **Čas ukončenia práce VOS** | **Denný počet hodín prevádzky VOS** | **PO** | **UT** | **STR** |
| MV  VOS1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MV  VOS2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MV  VOS3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |