**LEKÁRSKE POTVRDENIE O OČKOVANÍ**

**MEDICAL CERTIFICATE OF VACCINATION ON COVID-19 DISEASE**

POTVRDZUJEM, ŽE / THIS IS TO CERTIFY THAT

Priezvisko/ Surname ……………………………………………

Meno / Name ……………………………………………

Dátum narodenia / Date of birth ……………………………………………

Miesto narodenia / Place of birth ……………………………………………

Štátna príslušnosť / Nationality ……………………………………………

Bydlisko na Slovensku / EU / Residence in Slovak Republic / EU ……………………………………………

OČKOVANIE NA COVID-19 / VACCINATION ON COVID-19 DISEASE

DÁTUM (dates): ………………………………………….

VAKCÍNA / VACCINE: ……………………………………….

V /In ………………………………………. dňa /date ……………………………………….

Podpis a pečiatka potvrdzujúceho lekára pôsobiaceho v SR alebo EU /

Signature and stamp of a certifying physician working in the SR or EU ……………………………………….