**PREBERACÍ PROTOKOL**

**Názov poskytovateľa lekárenskej starostlivosti:**

**Sídlo:**

**IČO:**

(ďalej len „poskytovateľ lekárenskej starostlivosti“)

a

**Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:**

**Sídlo/miesto podnikania:**

**IČO:**

(ďalej len „poskytovateľ zdravotnej starostlivosti“)

**Predmet odovzdania**

Názov lieku: Comirnaty Original / Omicron BA.1 12+

Doplnok k názvu lieku: mRNA očkovacia látka proti COVID-19 (modifikovaný nukleozid)

ŠÚKL kód: 1945E

Registračné číslo: EU/1/20/1528/006

ATC skupina: J07BX03

Počet kusov:

Číslo šarže:

Teplota vakcín počas vyskladnenia:

Presný dátum a čas vyskladnenia lieku:
Druh a počet zdravotníckeho materiálu:

Dátum rozmrazenia:

Názov zdravotníckej pomôcky: 3-dielna striekačka LDS, 1ml LUER, (6 dávok)

Počet kusov:

Názov zdravotníckej pomôcky: CH23100 ihla modrá 0,6x25mm

Počet kusov:

V ........................., dňa .............................

**poskytovateľ lekárenskej starostlivosti: poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:**

............................................ ...............................................

 podpis podpis