**П Р О Т О К О Л**

**Днес, .....01.2020г.**

 **д-р ............................................................................................**

**в качеството си на Управител на лечебно заведение**

**АПИМП д-р..............................................................ЕТ/ЕООД**

 **в присъствието на: ..........................................................................**

**постави обява за уведомяване на лицата подлежащите на ежегодни и задължителни имунизации, профилактични и диспансерни прегледи за 2020г. на информационното табло на практиката на адрес:**

 **гр........................., ул. ............................. №.. кабинет....**....

**д-р ...........................:…………………………………..**

**свидетел г-н/г-жа :…………………………………………………………………………**

**подпис:…………………………………..**

**Подпис, печат на лечебното заведение: ……………………………**