

Bon d'enlèvement vaccins (vials/doses) par le médecin

Nom médecin:

Numéro INAMI:

Commande pour les patients suivants des vaccins COVID-19 vaccin, enlèvement le
...../...../.....

Numéro NISS ou BIS	Nom et prénom

Signature du médecin qui commande

.....

Signature du pharmacien

.....

