

POTVRDA O CIJEPLJENJU PROTIV BOLESTI COVID-19
IMPFBESCHEINIGUNG ZUR IMPFUNG GEGEN COVID-19
CERTIFICATE OF VACCINATION AGAINST COVID-19
CERTIFICAT DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Ime i prezime / Vorname und Name / Name and surname / Prénom et nom

Datum rođenja / Geburtsdatum / Date of birth / Date de naissance

OIB / Persönliche Identifikationsnummer / Personal identification number / Numéro d'identification personnel **ILI / ODER / OR / OU:**

Broj osobne iskaznice ILI broj putovnice / Personalausweisnummer ODER Passnummer / Identity Card number OR Passport number / Numéro de la carte d'identité OU du passeport

PRIMLJENA CJEPIVA PROTIV BOLESTI COVID-19
SCHUTZIMPFUNGEN GEGEN COVID-19
VACCINATIONS AGAINST COVID-19
VACCINATIONS CONTRE COVID-19

Datum i mjesto Datum und Ort Date and place Date et lieu	Cjepivo i serijski broj Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes Name of vaccine and batch number Nom du vaccin et numéro du lot	Potpis i faksimil liječnika Unterschrift und Stempel des Arztes Signature and stamp of physician Signature et cachet du médecin