

Форма запроса информации о вакцинации

Для получения информации **необходимо действующее удостоверение личности** (например, водительское удостоверение, государственное удостоверение личности или паспорт).

К этой форме следует приложить копию удостоверения личности.

**Форма запроса информации
о вакцинации**

**Запрос информации
о вакцинации от COVID-19**

Информация о пациенте

Фамилия	Имя	Второе имя (отчество)
Дата рождения	Адрес	
Город	Штат	Почтовый индекс

Информация о заявителе

Фамилия	Имя	Второе имя (отчество)
Кем приходится пациенту (сам пациент, мать и т. д.)		Адрес
Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон	Факс	Эл. почта
Подпись		Дата заполнения

Факс:

215-238-6944

**Отправьте скан
этой формы по
эл. почте:**

PhilaVax@phila.gov

Почтовый адрес:

PhilaVax

1101 Market St., 12th Fl.
Philadelphia, PA 19107

For Official Use Only

(Только для служебного пользования):

Approved By: _____

Date: _____

Type of ID: _____

ID #: _____