**Список сотрудников наименование организации для вакцинации против гриппа**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ФИО,** **год рождения** | **Адрес фактического проживания** | **Номер полиса** | **Должность** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |