

**Infektsioonialase nõustamise registreerimisvorm**

Infektsioonialane nõustamine (asutuse nimi) ..... toimus (pp.kk.aaaa).....

Number	Kuupäev	Osaleja nimi	Osaleja ametinimetus	Allkiri	Märkused
1.					
2.					
3.					
4.					

**Käsundisaaja kinnitab oma allkirjaga käesoleval aruandel, et tabelis esitatud andmed on õiged.**

Registreerimisvorm säilitatakse digitaalselt dokumendihaldussüsteemis Delta.

Käsundiandja:

Käsundisaaja:

(allkirjastatud digitaalselt)

(allkirjastatud digitaalset)