Главному врачу
учреждения здравоохранения
«Логойская ЦРБ»
Калач А.В.

_____
(Ф.И.О. гражданина)
Контактный телефон

_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я,_____
(Ф.И.О. или Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего)
Проживающего по адресу:_____
(адрес места жительства, места пребывания)

прошу произвести закупку иммунобиологического препарата / включить в лист ожидания для вакцинации _____
(указать наименование ИЛС)
меня \моего ребенка_____,
(Ф.И.О., дата рождения)

Проведение вакцинации и оплату иммунологических лекарственных средств (ИЛС) для вакцинации моего ребенка гарантирую произвести в течение 5-х рабочих дней (после получения информации о поступившей вакцине).

Я информирован (а), что после двух отказов от вакцинации по неуважительной причине (за исключением неявки по причине болезни, медицинского отвода), буду исключен(а) из «листа ожидания».

«___»_____202__ _____
(подпись)