

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)