Главному врачу

учреждения здравоохранения

«25-я городская детская

поликлиника»

Можако А.А.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

Контактный телефон

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., законного представителя ребенка)

проживающий(-ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу произвести закупку иммунобиологического препарата / включить в лист ожидания для вакцинации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать наименование ИЛС)

моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., дата рождения)

проживающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства, места пребывания)

Проведение вакцинации и оплату иммунологических лекарственных средств (ИЛС) для вакцинации моего ребенка гарантирую произвести в течение 2-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)