

Шаргородской Т.В.

Заявление

Прошу вакцинировать моего ребенка (Ф.И.О. ребенка) _____

_____ дата рождения _____

Проживающего по адресу _____

против новой коронавирусной инфекции, вызываемой SARS-CoV-2

Вакциной «Гам-КОВИД-Вак-М».

Я, ФИО (законного представителя) _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____

Подпись заявителя _____ Дата _____

ФИО врача _____ Подпись _____ Дата _____

Главному врачу КГБУЗ «КГДП №4»

Шаргородской Т.В.

Заявление

Прошу вакцинировать моего ребенка (Ф.И.О. ребенка) _____

_____ дата рождения _____

Проживающего по адресу _____

против новой коронавирусной инфекции, вызываемой SARS-CoV-2

Вакциной «Гам-КОВИД-Вак-М».

Я, ФИО (законного представителя) _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____

Подпись заявителя _____ Дата _____

ФИО врача _____ Подпись _____ Дата _____