

Главному врачу
учреждения здравоохранения
«13-я городская детская
клиническая поликлиника»

Гагановой Н.В.

(Ф.И.О. законного представителя)

зарегистрированного (-ей) по адресу:

(улица, переулок, проспект)

Д. _____ корп. _____ кв. _____

(контактный телефон)

Заявление

Я, _____
(Ф.И.О. законного представителя)

прошу включить в лист ожидания для проведения вакцинации на платной
основе _____,
(указать наименование иммунологического лекарственного средства)

моего ребенка _____
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

проживающего по адресу: _____
(адрес места жительства (места пребывания))

Оплату иммунологических лекарственных средств (ИЛС) при
получении ИЛС для вакцинации моего ребенка гарантирую.

С порядком проведения платной вакцинации в поликлинике
ознакомлен (-а). Обязуюсь своевременно вакцинировать ребенка после
оплаты ИЛС согласно договору.

Даю свое согласие на обработку персональных данных.

(дата)

(подпись, законного представителя)