

Главному врачу
учреждения здравоохранения
«13-я городская детская
клинической поликлиника»
Савостенко К.Н.

Гр. _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированного (-ой) по адресу:

(переулок, улица)

Д. _____ К. _____ кв. _____

(почтовый индекс)

(контактный телефон)

Заявление

Я, _____
(ФИО законного представителя)

прошу включить в лист ожидания для проведения вакцинации на платной основе _____,

(указать наименование иммунологического лекарственного средства)

моего ребенка _____
(ФИО ребенка, дата рождения)

проживающего по адресу _____
(адрес места жительства)

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)

(ФИО, подпись законного представителя)