Главному врачу

учреждения здравоохранения

«Малоритская ЦРБ»

Марченко А.В.

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

(Ф.И.О. законного представителя ребенка)

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

( адрес проживания)

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

( контактный телефон)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. законного представителя ребенка)

прошу включить в лист ожидания для проведения вакцинации (указать наименование иммунобиологического лекарственного препарата , далее – ИЛС(вакцины))\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства (места пребывания)

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

С порядком проведения платной вакцинации в поликлинике ознакомлена. Обращаем Ваше внимание, что в учреждении не осуществляется **резервирование вакцины.** Если в течение 20 дней с момента информирования Вас о наличии заказанной Вами вакцины Вы не обратились в поликлинику для проведения вакцинации, то приглашается следующий пациент из «листа ожидания».

Даю своё согласие на обработку персональных данных.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись. законного представителя ребенка)

\* законный представитель ребенка (мать, отец, опекун)

Для детей, проживающих на территории медицинского обслуживания поликлиники.