

Главному врачу учреждения  
здравоохранения «Брестская городская  
детская поликлиника» Овчинниковой Е.Е

\_\_\_\_\_  
(ф.и.о. гражданина)  
Контактный телефон+375\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_, проживающий (ая) по

(ф.И.О. законного представителя ребенка)

адресу \_\_\_\_\_  
прошу включить в лист ожидания для вакцинации (указать наименование ИЛС)

\_\_\_\_\_ моего ребенка \_\_\_\_\_

(ф.и.о., дата рождения)

\_\_\_\_\_ проживающего \_\_\_\_\_

(адрес места жительства (места пребывания))

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

«    » \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись