

Приложение №8
к Положению об АКЦ ОГБУЗ «ИГДП №6»

Главному врачу

(наименование медицинской организации)

(Ф.И.О. главного врача)

от

**(Ф.И.О. родителя/иного законного
представителя)**

(адрес проживания)

(контактный номер телефона)

Заявление

Прошу вакцинировать от новой коронавирусной инфекции COVID-19 моего
ребенка _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

_____ года рождения.

(дата)

(подпись)