

Главному врачу
ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
Шипачеву К.В.

от _____
Ф.И.О.

Заявление

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес)

Прошу Вас провести вакцинацию моему ребенку _____

_____ (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес)
вакциной против COVID-19 «Гам-КОВИД-Вак-М».

Дата

Подпись