Главному врачу ГУЗ «Городская поликлиника №3 г.Гродно»

Лукашук О.Н.

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата: | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я, |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (ФИО) | | | | | | | | | | | | | | | |
| проживающий (ая) | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | (адрес места жительства (места пребывания) | | | | | | | | | | | | |
| Прошу выдать мне сертификат о прохождении вакцинации против инфекции COVID-19 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| при предоставлении ксерокопии паспорта (стр. 31,33)  заполнение представленной ниже таблицы с паспортными данными не требуется | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Паспортные данные: | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | На русском языке  (стр. 31 паспорта) | | | | | На латинице  (стр. 31 паспорта) | | |
| Фамилия | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| Имя | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| Отчество | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| Дата рождения (число, месяц, год) | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Паспорт (серия и номер) | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Личный (идентификационный) номер | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Достоверность паспортных данных подтверждаю | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | (подпись) | | | |
| Контактный телефон: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | |  | | | | |
| **Дата вакцинации V1:** | | |  | | | | | | | **V2:** | |  | | | | |
|  | | | заполнение необязательно | | | | | | |  | | заполнение необязательно | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Сертификат выдан: | | | | | | | |  | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | ФИО | | | | | | | | подпись |
| Сертификат получен: Дата: | | | | | | | |  | | | Подпись: | | | | |  |