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: |  |