|  |
| --- |
| Директору (указать наименование организации)  ОТ: указать должность, ФИО, телефон для связи |

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) получил распоряжение в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года пройти процедуру вакцинации от COVID 19 ) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать мед учреждение).

Пройти процедуру вакцинации я согласен.

При этом, поскольку я имею право выбора вакцины, исходя из известных мне качественных характеристик вакцин от COVID 19, зарегистрированных в РФ прошу организовать мою вакцинацию вакциной «КовиВак», изготовитель Московский Центр им. М. Чумакова.

Прошу сообщить, когда, в какие сроки и где я могу пройти вакцинацию в соответствии со своим выбором.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_