|  |
| --- |
| В Министерство здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Либо  Комитет по здравоохранению города \_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОТ: ФИО, телефон для связи |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) получил от своего работодателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ информацию о необходимости мне пройти в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года процедуру вакцинации от COVID 19 в обязательном порядке.

В соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья в РФ» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

В соответствии с ч.1 ст.5 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, возможных поствакцинальных осложнениях.

На основании 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.

А также прошу Вас перед проведением указанной вакцинации предоставить мне следующие сведения о данной вакцине:

1) Сертификат соответствия качества на препарат (надлежащим образом заверенная копия: нотариально или поставщиком/производителем);

2) Регистрационное удостоверение Росздравнадзора на препарат (надлежащим образом заверенная копия: нотариально или поставщиком/производителем);

3) Дата изготовления препарата и срок его годности;

4) Инструкция по применению препарата с указанием состава, описания, формы выпуска, фармакологических свойств, показаний к применению, противопоказаний, способов применения и доз, побочных действий, передозировок, взаимодействия с другими лекарственными веществами (надлежащим образом заверенная копия: нотариально или поставщиком/производителем);

5) Сведения о производителе препарата (организационно-правовая форма, наименование, адрес места нахождения, ИНН, ОГРН/ОГРНИП), а также следующие документы производителя препарата (надлежащим образом заверенные копии: нотариально или поставщиком/производителем):

- лицензия на медицинскую и/или фармацевтическую деятельность,

- документы, подтверждающие страхование гражданской ответственности производителя при причинении им вреда жизни и здоровью граждан;

6) Сведения о поставщике препарата в медицинское учреждение, производящее вакцинацию (организационно-правовая форма поставщика, его наименование, адрес места нахождения, ИНН, ОГРН/ОГРНИП), а также следующие документы поставщика препарата (надлежащим образом заверенные копии: нотариально или поставщиком):

- лицензия на медицинскую и/или фармацевтическую деятельность,

- документы, подтверждающие страхование гражданской ответственности поставщика при причинении им вреда жизни и здоровью граждан,

- договор на поставку препарата в медицинское учреждение, осуществляющее вакцинацию, или иной документ, на основании которого поставщик имеет право осуществлять поставку препарата в указанное медицинское учреждение,

- сертификат соответствия качества услуг поставщика по осуществлению им деятельности по поставке медицинских препаратов;

Ваш официальный ответ и документы прошу направить мне в установленные законом сроки на мою электронную почту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ либо письмом по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Так же сообщаю о готовности ознакомиться со всей подготовленной вами информацией непосредственно в стенах вашего медицинского учреждения.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_