|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **На русском языке**  *(согласно стр.31 паспорта)* | **На латинице**  *(согласно стр.33 паспорта)* |
| Фамилия |  |  |
| Имя |  |  |
| Отчество |  | *не заполнять* |
| Дата рождения  (число, месяц, год) |  | |
| Паспорт (серия и номер) |  | |
| Личный (идентификационный) номер |  | |
| Дата введения вакцины (**первого** компонента) |  | |
| Дата введения вакцины  (**второго** компонента) |  | |
| Номер мобильного телефона для связи |  | |
| Адрес проживания |  | |

***К заявке прикрепить выданную в 15-й городской поликлинике выписку из медицинских документов (справку) о проведенной вакцинации (обязательно!!!).***