Главному врачу (наименование медицинского учреждения)

от Ф.И.О., контактный телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, Ф.И.О., получил предложение в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года пройти процедуру вакцинации от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название заболевания, наименование вакцины).

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 вышеизложенного, 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;

7) Сведения о медицинском учреждении, которое будет осуществлять вакцинацию, а также о лицах (медицинских работниках), которые будут производить указанное медицинское вмешательство - медицинскую манипуляцию по введению вакцины (организационно-правовая форма медицинского учреждения, его наименование, адрес места нахождения, ИНН, ОГРН/ОГРНИП), а также следующие документы медицинского учреждения и соответствующего медицинского работника (надлежащим образом заверенные копии: нотариально или медицинским учреждением):

- лицензия на право осуществление медицинским учреждением соответствующей медицинской деятельности (п. 11 ст. 2 ФЗ № 323),

- документы о медицинском образовании соответствующего медицинского работника (п. 13 ст. 2 ФЗ № 323),

- документы, подтверждающие, что соответствующий медицинский работник работает в данном медицинском учреждении и в его трудовые (должностные) обязанности входит осуществление медицинской деятельности (п. 13 ст. 2 ФЗ № 323),

- медицинская книжка соответствующего медицинского работника,

- медицинская справка об отсутствии у соответствующего медицинского работника заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19, выданная не позднее 14-ти дневного срока.

Кроме этого, учитывая, что в соответствии со ст.21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья в РФ» я имею право на выбор врача и на выбор медицинского учреждения, прошу Вас сообщить, в каких еще (кроме Вашего) медицинских учреждениях нашего региона я могу осуществить вышеуказанную вакцинацию.

В связи с изложенным, настоящим сообщаю Вам о своем согласии пройти вышеуказанную вакцинацию после получения мною в строгом соответствии с действующим законодательством полной и достоверной вышеуказанной информации, а также предоставления мне надлежащим образом заверенных документов, указанных в настоящем заявлении.

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

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

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_