Главному врачу

УЗ «20-я городская поликлиника» Язневич О.В.

**ИВАНОВА ИВАНА** **ИВАНОВИЧА,** проживающего по адресу: г.Минск, пр.Пушкина, 16 – 1

Тел. +375 29 115 14 15

Заявление.

Прошу выдать мне сертификат о проведении вакцинации против COVID-19. Правильность предоставляемых данных подтверждаю (информация отображается латиницей по паспорту, печатными буквами):

Фамилия: **ИВАНОВ** / **IVANOU**

Имя: **ИВАН** / **IVAN**

Отчество: **ИВАНОВИЧ / IVANOVICH**

**(по желанию на английском)**

Дата рождения: **01.01.1970**

Паспорт: **МР 2564781**

Идентификационный №: **4010170А022РВ6**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись И.О.Фамилия