

Штамп МО ДЗМ

ФОРМА

**Справка
о наличии временных медицинских противопоказаний к вакцинации**

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при наличии) _____

Дата рождения (день, месяц, год) _____

Пол (мужской/женский) _____

Адрес места жительства _____

Сведения о документе, удостоверяющем личность _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета _____

Полис обязательного медицинского страхования _____

Дата выдачи справки (число, месяц, год) _____

Вид медицинских противопоказаний ___ временные _____

Тип медицинских противопоказаний _____
(частичные/ полные)

Срок, на который установлены временные/ длительные медицинские
противопоказания _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность врача, подпись врача,
печать медицинской организации _____