\_\_\_\_(Ваше ФИО, адрес)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_письмо от имени врача или другого специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Настоящим письмом со всей ответственностью заявляю, что вакцина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прошла сертификацию и все испытания, в соответствии с международными нормами и является полностью безопасной для здоровья.

Я гарантирую, что после проведения укола и введения указанной вакцины у Вас не наступит никаких осложнений заболеваний, не случится ухудшения Вашего здоровья, тем более не наступит инвалидности или смерти, причиной которых станет введенная вакцина или последствия ее введения.

Число, ФИО Должность, Печать учреждения.