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

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

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

В связи с тем, что я желаю воспользоваться своим правом на отказ от медицинских экспериментов надо мной и правом на свою физическую неприкосновенность, гарантированные мне конституцией а также международными конвенциями и протоколами к ним, я желаю убедиться в безопасности и соответствии процедуры и препарата, который мне намереваются ввести.  
 В связи с этим, прошу предоставить мне:

Сертификат качества на препарат - вакцину.

- Сведения о производителе вакцины

- Документы, лицензии производителя вакцины.

а) выписка из ЕГРЮЛ/ЕГРИП (ЭДРПОУ).

б) документы о допуске и аккредитации фирмы производителя на территории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

с) действующие лицензии фирмы

- Сертификаты испытаний препарата.

- Официальный Документ о выявленных побочных действиях препарата.

- Документы о страховом покрытии при последствиях и его сумма.

Кроме того для того чтобы убедиться в безопасности медицинской манипуляции, прошу предоставить:

Документы лица, которое будет производить мне вакцинирование:

- документ о медицинском образовании;

- документ о прохождении аттестации;

- допуск к работе;

- медицинскую книжку

- сертификат или справку об отсутствии COVID19  
  
Ответить прошу письменно по адресу:

-----------------------------------------

Число Подпись  
(подается в двух экземплярах, под подпись о принятии со входящим номером)