*Я, нижеподписавшийся Букашка Александр Борисович законный представитель несовершеннолетней в возрасте до 15 лет, Букашки Александры Александровны, 31 августа 2012 г.р. добровольно отказываюсь от проведения прививки Эбербиовак*(название прививки)*своей несовершеннолетней дочери.*

*Я  имел(а) возможность  задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив  полную  информацию о необходимости проведения профилактической прививки Эбербиовак*(название прививки)*возможных  прививочных реакциях и  поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от  нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов.*

 10.10.2017 года БУКАШКА Букашка А.Б.

Я свидетельствую, что разъяснила все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дала ответы на все вопросы.

Врач Сидорова Алиса Сергеевна СИДОРОВА       Дата: 10.10.2017 года