Головному лікарю

Поліклініки № …

м. … (… області)

Копія: Департамент охорони здоров’я … області

Директору …

адреса

ПІБ

Матері / батька ПІБ дитини

Адреса

Телефон

ЗАЯВА

(дата) я привела дитину до поліклініки № … для проходження медичного огляду у лікаря ПІБ, з яким у нас укладено угоду на медичне обслуговування. Лікарем мені було відмовлено у наданні довідки про стан здоров’я моєї дитиниу зв’язку з нібито наявним розпорядженням вищих інстанцій щодо ненадання довідки дітям, які не мають одного або кількох щеплень.

Подібні діїї у відношенні до моєї дитини є відверто дискримінаційними, протирічать умовам угоди, укладеної з лікарем, і чинному законодавству України.

Спираючись на вищевикладене, ПРОШУ:

* Зобов’язати лікаря ПІБ надати довідку встановленого зразка, грунтуючись на даних медичного огляду моєї дитини ПІБ.
* Протидіяти подальшим спробам дискримінації моєї дитини / невиконання лікарем / поліклінікою умов укладеної угоди на медичне обслуговування.

Підпис                                                                                                              Дата