

**Сертификат удостоверяет, что**

Фамилия *Шварцман*

Имя *Татьяна*

Отчество *Рачевна*

Дата рождения *08.11.1975* Пол *жен*  
(число, месяц, год)

Домашний адрес *г. Шадринск*  
(город/улица, дом, квартира)

**Прошел(-ла) вакцинацию против новой коронавирусной инфекции (COVID-19)**

Дата выдачи *08.06.2021*  
(число, месяц, год)

**Информация для пациента**

- сертификат удостоверяет факт выполненной иммунизации против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) только при наличии подписи врача и печати учреждения, где проводилась прививка или заполнился сертификат
- сертификат хранится у граждан и предъявляется медицинским работникам в случае необходимости продолжения иммунизации

■ сведения внесены в соответствии с данными официальных форм медицинского учета системы здравоохранения РФ, а также доступны в "Электронной медицинской карте"

**Прививка против новой коронавирусной инфекции (введение первого компонента вакцины)**

Дата проведения *05.2*  
(число, месяц, год)

Наименование препарата, серия, доза, производитель  
*Cori-Tebio vac Репликоракс  
с/р 1.5мл/шп  
г. 0,5  
ФРО.Торшестан*

ФИО, подпись врач, Печать  
*Ильинская  
УФ-18*

Планируемая дата второго введения вакцины *08.06.21*

**Прививка против новой коронавирусной инфекции (введение второго компонента вакцины)**

Дата проведения *08.06.21*  
(число, месяц, год)

Наименование препарата, серия, доза, производитель  
*Cori-Tebio vac Репликоракс  
с/р 1,5мл/шп  
г. 0,5  
ФРО.Торшестан*

ФИО, подпись врач, Печать  
*Ильинская  
УФ-18*

**Регистрация побочных реакций после иммунизации против новой коронавирусной инфекции**

Дата возникновения побочных реакций (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

Характер реакции \_\_\_\_\_

Наименование учреждения \_\_\_\_\_

ФИО, подпись врач, Печать \_\_\_\_\_