

**Міжнародне свідоцтво про вакцинацію/профілактику**

Цим засвідчується, що (прізвище, ім'я) ....., дата народження ....., стать ....., громадянство ....., національний документ, що посвідчує особу, у разі застосування .....

підпис .....

зазначеного числа був вакцинований або отримав засіб профілактики проти:

(назва хвороби або стану) .....

відповідно до Міжнародних медико-санітарних правил.

№ п/п	Назва вакцини або засобу профілактики	Дата	Підпис і посада лікаря-клініциста, що здійснює контроль (нагляд)	Найменування виробника та номер партії вакцини або засобу профілактики	Свідоцтво дійсне з ..... по.....	Офіційна печатка суб'єкта господарювання, де проведено процедуру
.						
.						

Це свідоцтво є дійсним тільки в тому випадку, якщо вакцина, яка використовується, або засіб профілактики дозволені до використання ВООЗ.

Дане свідоцтво має бути підписане лікарем-клініцистом, який є практикуючим лікарем, або іншим уповноваженим медпрацівником, що здійснює контроль за введенням вакцини або застосуванням засобу профілактики. На свідоцтві має бути

також проставлена офіційна печатка суб'єкта господарювання, де проведено процедуру, проте вона не приймається як заміна підпису лікаря.

Будь-які зміни цього свідоцтва, стирання або незаповнення будь-якої його частини можуть зробити його недійсним.

Свідоцтво повністю заповнюється англійською чи французькою мовою. Свідоцтво може бути також заповнене іншою мовою, на додаток до англійської або французької.

---