

Директору СУНЦ УрФУ
Л.Е.Маныловой

от _____
тел. _____

Заявление

Я, _____, паспорт серия _____ № _____
выдан _____ дата _____,
настоящим заявлением прошу разрешить моему(ей) _____

хранить и принимать лекарственные препараты, необходимые для его/ее лечения и профилактики.

Я понимаю, что обязан(а) обеспечить их наличие надлежащего качества и срока годности. При
отсутствии необходимых лекарственных средств разрешаю использовать препараты из аптечки
интерната СУНЦ УрФУ.

Для хранения лекарственных препаратов обязуюсь обеспечить пластиковым контейнером.

Аллергия на лекарственные средства _____

Перечень лекарственных средств:

- 1.
- 2.
- 3.

Дата: _____

Подпись _____ / _____ /