Гарантийное письмо

**Кому: ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Штамп организации, дата, учетные данные**

**Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**От: Главврача/заведующей поликлиники № N**

**Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Расположенной по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Гарантийное письмо

Настоящим письмом городская поликлиника № N в лице главврача/заведующей Ивановой Светланы Ивановны гарантирует гражданке Петровой Людмиле Борисовне, что прививка (указать название прививки), не содержит веществ нейротоксического действия и абсолютно безопасна в отношении поствакцинальных осложнений.

В случае наступления любых заболеваний, ухудшения состояния ее ребенка Петрова Владимира Ивановича или его смерти после сделанной прививки в течение 10 лет после ее проведения, городская поликлиника № N в лице главврача/заведующей Ивановой Светланы Ивановны гарантирует в качестве компенсации нанесения ущерба здоровью ее ребенку выплатить одномоментно денежную компенсацию гражданке Петровой Людмиле Борисовне или ее законному представителю.

**Гарантируем оплату** компенсации в размере 100.000 $ США в рублевом эквиваленте не позднее 3 месяцев со дня наступления любых осложнений у Петрова Владимира Ивановича.

В случае несоблюдения гарантийных обязательств об оплате указанной суммы в установленный срок, нами будет осуществляться выплата пени в размере 1% от суммы задолженности за каждый день просрочки уплаты.

Банковские реквизиты для выплаты компенсации:

**Круглая печать**.

Главврач/заведующая поликлиники № N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Главный бухгалтер поликлиники № N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)