



**THE EMBASSY OF THE  
REPUBLIC OF BELARUS  
TO THE SOCIALIST  
REPUBLIC OF VIETNAM**

№ 02-17/491

1750

**CỤC LÃNH SỰ**

Đến ngày: 17 tháng 8 năm 2021

Phòng xử lý: PWS

Phòng phối hợp: .....

Cán bộ xử lý: Mai 17/8

Đại sứ quán Cộng hòa Belarus tại Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam kính chào Cục Lãnh sự Bộ Ngoại giao nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam và phúc đáp công hàm của Quý Bộ số 663/CH-LS-PL ngày 10/08/2021, xin trân trọng gửi bản sao Giấy chứng nhận tiêm chủng vắc xin Covid-19 được Bộ Y tế Cộng hòa Belarus phê duyệt và cấp tại điểm tiêm chủng dựa trên cơ sở trả phí theo yêu cầu của công dân có nhu cầu đi nước ngoài trong một năm.

Tài liệu có chứa thông tin về việc thực hiện 02 mũi tiêm chủng vắc xin phòng chống COVID-19.

Giấy chứng nhận tiêm chủng vắc xin có các thông tin bằng tiếng Nga và tiếng Anh như sau:

- Tên cơ quan, tổ chức y tế;
- Ngày tháng năm sinh và thông tin cá nhân của người được tiêm chủng vắc xin;
- Tên loại vắc xin (Gam-COVID-Vac, Russian Federation, Gam-COVID-Vac, Belarus, SARS-CoV-2 Vaccine (Vero Cell), Inactivated, China).

Giấy chứng nhận có giá trị khi có chữ ký của bác sĩ và con dấu của cơ quan y tế.

Nhân dịp này, Đại sứ quán Cộng hòa Belarus tại Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam xin gửi tới Cục Lãnh sự Bộ Ngoại giao nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam lời chào trân trọng.

Tài liệu gửi kèm: Gồm 2 trang.

Hà Nội, ngày 16 tháng 8 năm 2021

**Kính gửi:**

- CỤC LÃNH SỰ BỘ NGOẠI GIAO NƯỚC CHXHCN VIỆT NAM
- BỘ Y TẾ NƯỚC CHXHCN VIỆT NAM (BẢN SAO)

Hà Nội



506757





CERTIFICATE OF VACCINATION AGAINST CORONAVIRUS COVID-19

# О ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

# СЕРТИФИКАТ

(печать)

Name of the medical organization that issued the  
vaccination certificate

Наименование медицинской организации,  
выдавшей сертификат о вакцинации

MINISTRY OF HEALTH OF THE  
REPUBLIC OF BELARUS

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



Проведенная иммунизация не  
отменяет необходимости  
соблюдения вакцинованными  
защитных мер профилактики  
распространения коронавируса  
инфекции COVID-19 – ношения  
масок, соблюдения физической  
дистанции, обязательных для всех  
граждан

- При покраснении, отечности,  
болезненности места вакцинации  
принять антигистаминные средства
- При повышении температуры  
принять нестероидные  
противовоспалительные препараты
- Не принимать алкоголь

- Избегать чрезмерных физических  
нагрузок
- Не посещать баню, сауну, бассейн

## ПОСЛЕ ПРИВИВКИ В ТЕЧЕНИЕ 3 ДНЕЙ РЕКОМЕНДУЕМ:

Это особенно важно в течение  
42 дней после первой инъекции,  
пока формируется иммунитет.

## ПОСЛЕ ПРИВИВКИ ПРОДОЛЖАЕМ НОСИТЬ МАСКИ И СОБЛЮДАТЬ МЕРЫ БЕЗОПАСНОСТИ



# СЕРТИФИКАТ УДОСТОВЕРЯЕТ, ЧТО:

CERTIFICATE CERTIFIES THAT:

Фамилия / Family name

Имя / Name

Отчество / Middle name/patronym

Дата рождения (число, месяц, год) / Date of birth (day, month, year)

Паспорт / Passport

Личный номер / personal number / passport № / identification №

- Срок действия сертификата 1 год
- Сертификат удостоверяет факт выполнения иммунизации против коронавирусной инфекции COVID-19 только при наличии подписи врача и печати медучреждения, где проводилась вакцинация
- Сертификат хранится у прошедших вакцинацию и предъявляется медицинским работникам в случае продолжения иммунизации

- The certificate is valid for 1 year
- Certificate certifies that immunization against coronavirus infection COVID-19 has been performed only if there is a doctor's signature and the stamp of the medical institution where the vaccination was carried out.
- Certificate is kept by vaccinated person and presented to medical workers in case of continuing immunization.

**ПРОШЕЛ (-ла) ВАКЦИНАЦИЮ**  
против коронавирусной инфекции COVID-19  
**HAS BEEN VACCINATED AGAINST**  
coronavirus infection COVID-19

**ПРИВИВКА ПРОТИВ  
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
VACCINATION AGAINST  
CORONAVIRUS INFECTION**  
(введение **первого** компонента вакцины)  
(administration of the **first** component of the vaccine)

Дата проведения (число, месяц, год)  
Date of the vaccine administration (day, month, year)

Наименование вакцины, страна-производитель, номер партии  
Vaccine name, country of manufacture, batch number

Вакцину назначил  
Vaccine prescribed by

ФИО врача, печать  
Full name of the doctor, signature, stamp

**ПРИВИВКА ПРОТИВ  
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
VACCINATION AGAINST  
CORONAVIRUS INFECTION**  
(введение **второго** компонента вакцины)  
(administration of the **second** component of the vaccine)

Дата проведения (число, месяц, год)  
Date of the vaccine administration (day, month, year)

Наименование вакцины, страна-производитель, номер партии  
Vaccine name, country of manufacture, batch number

Вакцину назначил  
Vaccine prescribed by

ФИО врача, печать  
Full name of the doctor, signature, stamp