

Главному врачу
Государственного учреждения
«Мозырский зональный центр
гигиены и эпидемиологии»
Талецкому С.Е.

Фамилия*:										
Имя*:										
Отчество*:										
Гражданство*:										
Число, месяц, год рождения*: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Документ, удостоверяющий личность*: паспорт серия <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> № <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Адрес места регистрации:										

***информация заполняется разборчиво, печатными буквами**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне санитарно-эпидемиологическую услугу по гигиеническому обучению декретированных контингентов: проведение занятия и оценка знаний (отметить необходимую тему программы обучения)

- ☐ Работник объекта общественного питания
☐ Работник объекта торговли
☐ Работник предприятия пищевой промышленности
☐ Работник учреждения дошкольного образования
☐ Работник учреждения общего среднего образования
☐ Работник прачечной
☐ Работник водопроводных сооружений
☐ Работник объекта агропромышленного комплекса
☐ Работник коммунально-бытового обслуживания
☐ Работник гостиницы
☐ Водитель

Подтверждаю, что ознакомлен с условиями публичной оферты по оказанию санитарно-эпидемиологических услуг по гигиеническому обучению декретированных контингентов на платной основе (для физических лиц), размещенной на официальном сайте Мозырского зонального ЦГЭ в разделе «Услуги», а также со стоимостью оказываемых услуг.

«_____» _____ 2025 г. _____ / _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Главному врачу
Государственного учреждения
«Мозырский зональный центр
гигиены и эпидемиологии»
Талецкому С.Е.

Фамилия*:										
Имя*:										
Отчество*:										
Гражданство*:										
Число, месяц, год рождения*: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Документ, удостоверяющий личность*: паспорт серия <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> № <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Адрес места регистрации:										

***информация заполняется разборчиво, печатными буквами**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне санитарно-эпидемиологическую услугу по гигиеническому обучению декретированных контингентов: проведение занятия и оценка знаний (отметить необходимую тему программы обучения)

- ☐ Работник объекта общественного питания
☐ Работник объекта торговли
☐ Работник предприятия пищевой промышленности
☐ Работник учреждения дошкольного образования
☐ Работник учреждения общего среднего образования
☐ Работник прачечной
☐ Работник водопроводных сооружений
☐ Работник объекта агропромышленного комплекса
☐ Работник коммунально-бытового обслуживания
☐ Работник гостиницы
☐ Водитель

Подтверждаю, что ознакомлен с условиями публичной оферты по оказанию санитарно-эпидемиологических услуг по гигиеническому обучению декретированных контингентов на платной основе (для физических лиц), размещенной на официальном сайте Мозырского зонального ЦГЭ в разделе «Услуги», а также со стоимостью оказываемых услуг.

«_____» _____ 2025 г. _____ / _____
(подпись) (инициалы, фамилия)