

Главному врачу
государственного учреждения
«Мозырский зональный центр
гигиены и эпидемиологии»
Кравченко С.В.

Регистрационный номер _____ от _____._____._____ (не заполнять)

Фамилия*:
Имя*:
Отчество*:
Гражданство*:
Число, месяц, год рождения*: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность*: паспорт серия <input type="text"/> <input type="text"/> № <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> выдан
Адрес места жительства, телефон:

*информация заполняется разборчиво, печатными буквами

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести (отметить желаемые услуги):

№ п/п	Наименование услуги	Отметить
1	Исследование биоматериала для медицинского осмотра по п.20,23	
2	Исследование биоматериала для медицинского осмотра по п.27	
3	Исследование биоматериала для медицинского осмотра по п.28	
4	Исследование биоматериала для медицинского осмотра по п.21	
5	Гигиеническое обучение работников организаций, индивидуальных предпринимателей и их работников, необходимость которого определяется действующим законодательством (проведение оценки знаний, организация и проведение занятий (1 человек))	

Подтверждаю, что ознакомлен с условиями публичной оферты на оказание санитарно-эпидемиологических услуг на платной основе для граждан (резидентов и нерезидентов), размещенной на официальном сайте Мозырского зонального ЦГЭ в разделе «Услуги» или пункте Исполнителя, а также со стоимостью оказываемых услуг.

« _____ » _____ 2023 г.

_____/_____
(подпись) (инициалы, фамилия)