Главному врачу

Государственного учреждения

«Мозырский зональный центр

гигиены и эпидемиологии»

Кравченко С.В.

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия\*: | Last name\*: |
| Имя\*: | First name\*: |
| Отчество\*: | Patronymic (if applicable)\*: |
| Гражданство\*: | Nationality\*: |
| Число, месяц, год рождения\*: | Date of birth (day, month, year)\*: |
| Документ, удостоверяющий личность\*: паспорт  серия№ | Identity document\*: passport  № |

**\*информация заполняется разборчиво, печатными буквами**

**Заявление**

Прошу провести забор назофарингиального мазка и лабораторные исследования на наличие Covid-19 методом ПЦР (полимеразной цепной реакции) в режиме реального времени с выдачей результата установленного образца на русском и английском языках.

Подтверждаю, что ознакомлен с условиями публичного договора оказания санитарно-эпидемиологических услуг на платной основе для физических лиц, размещенного на официальном сайте Мозырского зонального ЦГЭ в разделе «Услуги» или пункте Исполнителя, а также со стоимостью оказываемых услуг.

Уведомление о готовности результата прошу направить:

🞏 - СМС-сообщение () --

указать номер телефона

🞏 - e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

указать адрес e-mail

Услуга передачи результатов исследований на инфекцию Covid-19 в национальную компоненту системы «Путешествую без COVID-19» платная.

**\*\*стоимость услуги 3,60 рублей, в том числе НДС – 0,60 рублей**

🞏 - требуется

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (инициалы, фамилия)

# После получения уведомления о готовности, результат необходимо забрать по адресу: г. Мозырь ул. Котловца, 6, каб. 15.

Ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)