З А Я В К А №_____от «_____» _____202_г., время_____

В отделение ООИ МБЛ
ФБУЗ ЦГиЭ в городе Москве

на проведение лабораторных испытаний клеща
(заявка заполняется печатными буквами, разборчивым почерком)

Заявитель _____, _____
(ФИО лица, с которого снят клещ) (год рождения)

Адрес _____
(фактического проживания)

Контактный телефон_____ **Электронная почта**_____

просит провести лабораторные испытания клеща методом ПЦР на:
Клещевой энцефалит, Боррелиоз (болезнь Лайма), Анаплазмоз, Эрлихиоз.

Территория, где предположительно произошло присасывание клеща:

_____

Дата присасывания клеща **Иммунопрофилактика проводилась**

«_____» _____**202_г.** ☐Да ☐Нет

☐Я даю согласие на передачу персональных данных исключительно в целях информирования о результатах исследований по электронной почте.

☐Получить Протокол результатов исследований на руки.

Подпись заявителя_____ / _____
(подпись) (ФИО)

З А Я В К А №_____от «_____» _____202_г., время_____

В отделение ООИ МБЛ
ФБУЗ ЦГиЭ в городе Москве

на проведение лабораторных испытаний клеща
(заявка заполняется печатными буквами, разборчивым почерком)

Заявитель _____, _____
(ФИО лица, с которого снят клещ) (год рождения)

Адрес _____
(фактического проживания)

Контактный телефон_____ **Электронная почта**_____

просит провести лабораторные испытания клеща методом ПЦР на:
Клещевой энцефалит, Боррелиоз (болезнь Лайма), Анаплазмоз, Эрлихиоз.

Территория, где предположительно произошло присасывание клеща:

_____

Дата присасывания клеща **Иммунопрофилактика проводилась**

«_____» _____**202_г.** ☐Да ☐Нет

☐Я даю согласие на передачу персональных данных исключительно в целях информирования о результатах исследований по электронной почте.

☐Получить Протокол результатов исследований на руки.

Подпись заявителя_____ / _____
(подпись) (ФИО)

AnyScanner