

Главному врачу
Брестского областного ЦГЭиОЗ
Ильяшевой Е.В.

ФИО _____

Домашний адрес: _____

№ тел. _____

Заявление.

Прошу провести исследование клеща, снятого
с _____
дата рождения _____ на клещевой энцефалит,
болезнь Лайма, анаплазмоз, эрлихиоз методом ПЦР.

Территория, где произошел укус клеща: лес, дача, подворье,
парк, зона отдыха (*нужное подчеркнуть*), адрес
территории _____

дата укуса: _____ дата снятия клеща: _____

С порядком получения результата ознакомлен.

Оплату гарантирую.

Дата: _____

Подпись: _____