

Штрих код

**З А Я В К А**

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 года  
на проведение лабораторных исследований клеща  
(заявка заполняется печатными буквами, разборчивым почерком)

Заявитель (частное лицо (ФИО полностью) или наименование юридического лица):

**Иванов Иван Иванович**

Адрес (юридический, регистрации для физического лица):

**МО, г.о. Мытищи, Олимпийский проспект, д.1., кв.1**

ИНН (обязательное указание для юр. лица):

**5012034561**

Адрес фактического проживания (для физического лица):

**МО, г.о. Мытищи, Олимпийский проспект, д.1., кв.1**

Контактный телефон: **8 (999) 876-54-32**

Прошу провести лабораторные испытания клеща(ей) на:

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ, БОРРЕЛИОЗ (БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА), АНАПЛАЗМОЗ, ЭРЛИХИОЗ

Согласен получать СМС уведомления,  
в том числе о готовности результатов исследований на тел. №: **8 (999)876-54-32**

Результаты исследований направить на **mail@mail.ru**

Протоколы исследований клещей:

представитель заберет лично

прошу направить по \_\_\_\_\_

Заявитель ознакомлен с методами испытаний и областью аккредитации, порядком и условиями проведения испытаний.

При испытании (измерениях) проб прошу использовать следующий метод: **ПЦР**

Выбор наиболее соответствующего метода испытаний поручаю Испытательному лабораторному центру ФБУЗ «ЦГиЭ в Московской области»

**Оплату работ гарантирую.**

**ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦА, С КОТОРОГО СНЯТ КЛЕЩ**

1 **ФИО (полностью)** **Иванов Иван Иванович**

2 **Адрес фактического проживания** **МО, г.о. Мытищи, Олимпийский проспект, д.1., кв.1**

3 **Возраст (полных лет)** **33**

4 **Место снятия клеща с наименованием учреждения** (больница, поликлиника, МСЧ, фельдшерско-акушерский пункт, травмпункт, удален самостоятельно, и др.):

**Удален самостоятельно**

5 **Территория, где предположительно произошло присасывание клеща:** (сад, товарищество, лес, парк, сквер, кладбище, санаторий, пансионат и др., адрес: область, район, город, деревня):

**ПАРК, Богородский городской округ, г. Ногинск**

5.1 **Присасывание произошло на территории детского учреждения (лагерь, детский сад)**

**Наименование детского учреждения и его адрес:**

6 **Дата укуса клеща:** **08.08.2020 г.**

**Дата снятия клеща:** **08.08.2020 г.**

Подпись заявителя /ФИО/

  
подпись

**Иванов И.И.**

ФИО

ДОЛЖНОСТЬ (ЮР. ЛИЦО)