

Главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области» Калькаеву М.В.		Резолюция главного врача	Анализ заявления Решение руководителя ИЛЦ: К исполнению: Хухревой Е.Ю.	
Входящий №		Лабораторный номер анализа	Исполнитель ОКПиВР	Сопроводительный номер ОКПиВР
Платежный документ №				2021 г.

Заявление на проведение лабораторных исследований клеща
(заполняется печатными буквами, разборчивым почерком)

Заявитель (ФИО - для физического лица): **Иванов Иван Иванович**

**Юридический адрес (регистрация для физического лица). индекс: 142440,
МО, г.о. Мытищи, Олимпийский проспект, д.1., кв.1**

Фактический адрес (проживания): МО, г.о. Мытищи, Олимпийский проспект, д.1., кв.1

Контактный телефон: 8 (999) 876-54-32

Прошу провести лабораторные испытания клеща(ей) на инфекции: клещевой энцефалит, боррелиоз (болезнь лайма), анаплазмоз, эрлихиоз

Даю согласие на направление результатов исследований на электронный адрес: **Ivanov@mail.ru** (если необходимо забрать протокол указать— «представитель заберет протокол лично»)

Заявитель ознакомлен с: порядком и условиями проведения исследований/испытаний; методами исследований/испытаний и областью аккредитации.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных, указанных в заявлении и прилагаемых документах.

Выбор наиболее соответствующего метода испытаний (измерений) поручаю испытательному лабораторному центру ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области».

Даю согласие на проведение испытаний, исследований, измерений методиками вне области аккредитации.

Согласен на проведение лабораторного исследования с привлечением ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора

Согласен на передачу информации о лице, с которого снят клещ, в ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора

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 **Дата рождения** **02.01.1997**

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:** (СНТ, лес, парк, сквер, кладбище, санаторий, пансионат и др., адрес: область, район, город, деревня):

Парк Роща, Богородский городской округ

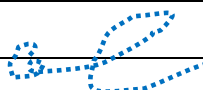
5.1 **Присасывание произошло на территории детского учреждения** (лагерь, детский сад. Наименование детского учреждения и его адрес):

6 **Дата укуса клеща:** **08.08.2021**

Дата снятия клеща: **08.08.2021**

Иванов И.И.

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ

 ПОДПИСЬ

ДОЛЖНОСТЬ ДЛЯ ЮР.ЛИЦ