

Штамп ЛПУ

Отметка ЛПУ

ОТМЕТКА ЛПУ

1. Анализ заявки проведен

Отметка ФБУЗ ЦГЭМО

Руководителю ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области» КОЗЛОВУ А.В.

З А Я В К А

от «_____» _____ 2020 года
на проведение лабораторных исследований клеща

Штрих код

Заявитель (наименование юридического лица, ИНН):

ООО «МЕДИЦИНА»
5012034561

Адрес (юридический): Московская область, г.о. Мытищи, Олимпийский проспект, д.1

Контактное лицо (ФИО), телефон (по вопросам оформления договоров):

Иванов Иван Иванович, 8 (999) 876-54-32

Контактное лицо (ФИО), телефон (по вопросам оформления заявок на исследования):

Иванов Иван Иванович, 8 (999) 876-54-32

Договор на проведение исследований клещей (годовой) – дата, номер: № К000000193 от 3 февраля 2020 г.

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 Email: mail@mail.ru

Протоколы исследований клещей:

представитель заберет лично

прошу направить по адресу: МО, г.о. Мытищи, Олимпийский проспект, д.1

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

При испытаниях (измерениях) проб прошу использовать следующий метод: ПЦР

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

Оплату работ гарантируем.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВКЕ (ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ В ПЕЧАТНОЙ ФОРМЕ) на 1 листах: «СПИСОК ЛИЦ, С КОТОРЫХ СНЯТ КЛЕЩ»

Заявка без приложения не действительна. В Заявке и приложении к ней должны быть заполнены все графы. ФБУЗ оставляет за собой право не регистрировать заявку в нечитаемом или в неразборчивом виде и отказать в приеме клеща.

Подпись руководителя /должность/ФИО/

подпись

/ главный врач / Иванов И.И.

должность

ФИО

МП



Штамп ЛПУ

Отметка ЛПУ

ОТМЕТКА ЛПУ

ПРИЛОЖЕНИЕ (обязательное)

к ЗАЯВКЕ от «_____» _____ 2020 года
на проведение лабораторных испытаний клеща

СПИСОК ЛИЦ, С КОТОРЫХ СНЯТ КЛЕЩ
(подлежит обязательному заполнению по всем графам)

Анализ Приложения проведен

Отметка ФБУЗ ЦГЭМО

Регистрационный номер ООИ

Отметка ФБУЗ ЦГЭМО

№ п/п	ФИО	Возраст (полных лет)	Адрес фактического проживания (с указанием региона РФ и контактного телефона (родители ребенка)	Территория, где предположительно произошло присасывание клеща (область, район, город, садовое товарищество, лесопарковая зона, парк, сквер, учреждение – санаторий, пансионат, кладбище, детский лагерь*, и др.)	Дата укуса <hr/> Дата снятия клеща	Регистрационный номер отделения ООИ (отметка ФБУЗ ЦГЭМО)	Дополнительные сведения
1	Петров Петр Петрович	45	Московская область, Талдомский район, г.Талдом, ул.Ленина, д.2, кв.1, 8(999)765-43-2	Московская область, Талдомский район, р.п. Северный, лесопарковая зона	Неизвестно/ 06.05.2020		
2	Смирнов Семен Семенович	39	Московская область, Дмитровский г.о., г.Дмитров, ул. Парковая, д.2, кв.1, 8 (999)765-34-12	Московская область, Дмитровский г.о., СНТ Ярово (садовое товарищество)	Неизвестно/ 04.05.2020		
3	Воронцов Владимир Владимирович	12	Московская область, Богородский г.о., г.Ногинск, ул.Советская, д.2., кв.1, 8 (999)777-34-12	Московская область, Богородский г.о., г.Ногинск, Ногинский городской парк культуры и отдыха	05.05.2020/ 05.05.2020		

* в случае присасывания клеща на территории детского оздоровительного лагеря необходимо указать точное его название и адрес

Подпись руководителя /должность/ФИО/

МП



(Handwritten signature)

подпись

/ главный врач / Иванов И.И.

должность

ФИО