

Главному врачу
Брестского областного ЦГЭиОЗ
Ильяшевой Е.В.

Ф.И.О

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: