Заведующей лабораторией

вирусологических исследований,

диагностики ВИЧ/СПИД

и особо опасных инфекций

Гродненского областного ЦГЭОЗ

Стасюкевич А.К.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(мобильный телефон)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу провести исследование **иксодового клеща** на наличие возбудителей болезни Лайма, клещевого энцефалита, анаплазмоза, эрлихиоза методом ПЦР в режиме реального времени**,** с выдачей результата исследования. Обязуюсь предоставить всю необходимую информацию.

Оплату выполненных услуг гарантирую.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка подписи)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

**информирован** сотрудником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЦГЭ о необходимости обращения за медицинской помощью в организацию здравоохранения по месту жительства (участковому терапевту, участковому педиатру, инфекционисту) по поводу присасывания клеща.

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_2022 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись)

**Договор**

**на оказание услуг по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_**г. г. Гродно

Государственное учреждение «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» в лице заведующей лабораторией вирусологических исследований, диагностики ВИЧ/СПИД и особо опасных инфекций Стасюкевич А.К. (далее – Исполнитель), действующей на основании доверенности от 10.03.2022 № 2, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. физического лица)

(далее – Заказчик) заключили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора:**

1.1. Исполнитель обязуется оказать платные услуги в соответствии с требованиями ТНПА – исследование иксодового клеща на наличие возбудителей болезни Лайма, клещевого энцефалита, анаплазмоза, эрлихиоза методом ПЦР в режиме реального времени **(исследование не является диагностическим, не исключает при отрицательном результате возникновение заболевания),** а Заказчик обязуется произвести оплату на основании договора в соответствии с Прейскурантом цен.

1.2. Оплата предоставленных услуг производится в учреждениях банков или непосредственно у Исполнителя как наличными денежными средствами, так и в безналичном порядке на условиях 100% предоплаты.

1.3. Сумма заключаемого договора составляет**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Срок выполнения работ:**

2.1. До 5 рабочих дней с момента представления платежных документов.

**3**. **Права и обязанности сторон:**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1. обеспечивать соответствие оказываемых Заказчику платных услуг требованиям, установленным законодательством;

3.1.2. выдавать результат исследований в установленные сроки;

3.1.3. осуществлять обработку персональных данных Заказчика только в целях исполнения настоящего договора и передачи в соответствующие организации Министерства здравоохранения РБ при обнаружении в клеще возбудителей инфекционных заболеваний, а также хранить персональные данные до истечения срока хранения документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемого в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

**3.2. Заказчик обязан:**

3.2.1. оплатить стоимость услуг;

3.2.2. выполнять иные обязанности, предусмотренные договором.

3.2.3. выполнять рекомендации и требования работника лаборатории по правилам сдачи анализа; уважительно относиться к сотрудникам Исполнителя.

**3.3. Заказчик имеет право:**

3.3.1. требовать выполнения услуг, предусмотренных настоящим договором;

3.3.2. расторгнуть договор, возместив Исполнителю расходы, связанные с выполнением услуг по договору на момент его расторжения.

**4. Порядок разрешения споров.**

4.1. Споры между Заказчиком и Исполнителем по исполнению договора разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

**5. Срок действия договора:**

5.1. Договор действует с момента его подписания до исполнения сторонами своих обязательств.

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ: Гродненский областной ЦГЭОЗ пр.Космонавтов, 58, 230003, г.Гродно тел.(0152) 69 05 72 Р/с BY 13 AKBB 3632 0000 0079 4400 0000 в ОАО «АСБ Беларусбанк» БИК АКВВВY2Х УНН 500 034 391, ОКПО 020 158 85, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места жительства)Паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение 4

Государственное учреждение

«Гродненский областной центр гигиены,

эпидемиологии и общественного здоровья»

**Направление**

на исследование клеща для выявления РНК/ДНК возбудителей инфекций, передающихся клещами

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование учреждения, направившего биоматериал\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество пациента (полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, учебы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мобильный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата присасывания клеща\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата удаления клеща\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

длительность присасывания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Местность, где произошло присасывание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место укуса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Наличие эритемы на месте присасывания\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО медицинского работника, принявшего клеща\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о результатах видовой идентификации клеща\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО и подпись энтомолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Результат лабораторного исследования №\_\_\_\_**

Врач, проводивший исследования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

Дата исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_