Заведующей микробиологической

лабораторией

Лидского зонального ЦГЭ

Мацевич Д.С.

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

(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 №\_\_\_\_\_\_\_\_**

об оказании платных санитарно-эпидемиологических услуг

 «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г. г. Лида

 Государственное учреждение «Лидский зональный центр гигиены и эпидемиологии» в лице главного врача Садовской Елены Васильевны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, и **Заказчик**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ договорились о том, что Исполнитель обязуется оказать заявленные Заказчиком услуги, а Заказчик обязан оплатить указанные услуги, на основании прейскуранта цен, утвержденного Приказом главного врача Лидского зонального ЦГЭ, действующим на дату оказания услуг.

 1.Предмет договора: **исследование клеща.**

 2.Стоимость услуг по договору составляет: **10 рублей 97 копеек.**

 3. Заказчик обязуется произвести 100% предоплату услуг на расчетный счет Исполнителя и представить платежные документы.

 4. Исполнитель обязан оказать услуги, оговоренные в предмете настоящего договора, в срок до 7 (семи) рабочих дней со дня получения документов об оплате. Исполнитель не несет ответственность за нарушение сроков оказания услуг по вине Заказчика.

 5.Выдача результатов испытаний Заказчику производится в виде печати на бланке, утвержденной формы первичной медицинской документации Министерства Здравоохранения Республики Беларусь или в форме протокола испытаний. Исполнитель гарантирует конфиденциальность информации, полученной от Заказчика.

 6. Заказчик согласен с предложенными методами испытаний, в счете-фактуре и в акте выполненных работ не нуждается. В ходе испытаний образцы могут быть подвержены разрушающему контролю, возврат остатков образцов не требуется, расчёт неопределённости не обязателен, правило принятия решения- на усмотрение лаборатории.

 7. За неисполнение и ненадлежащее исполнение условий настоящего договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

**Исполнитель:** Лидский зональный ЦГЭ 231300 г. Лида ул. Черняховского, д. 1,

***р/с №ВY62AKBB36321108200054200000*** в ЦБУ № 413 АСБ «Беларусбанк»

г. Лида, ул. Советская, 10 БИК (МФО) AKBBBY2Х

УНН 500011082 ОКПО 05564724, т.622814, т.ф.622830  **код доступа 23501**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАКАЗЧИК:**Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |  **ИСПОЛНИТЕЛЬ:****И \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Е.В. Садовская**  м.п. (подпись)  |

Государственное учреждение

«Лидский зональный центр гигиены и эпидемиологии»

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_