

Главному врачу  
Брестского областного ЦГЭиОЗ  
Ильяшевой Е.В.

ФИО \_\_\_\_\_

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: