

В.о. директора ДУ «Дніпропетровський обласний
лабораторний центр МОЗ України»
Чубу Р.В

Заявник

Адреса прописки _____

Адреса проживання _____

Тел: _____

ЗАЯВА

Прошу укласти договір (публічний договір) та надати платні послуги на
(визначити необхідну послугу):

- відбір клінічного матеріалу для дослідження методом ПЛР з метою виявлення вірусу Covid-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2;
- молекулярно-генетичні дослідження з якісного виявлення РНК вірусу Covid-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 з біологічного матеріалу із застосуванням ПЛР.

Отримувач послуг: _____
(Прізвище, ім'я, по-батькові)

Платник за послугу: _____
(Прізвище, ім'я, по-батькові)

Оплату гарантую.

Я, _____, надаю згоду на обробку
(Прізвище, ім'я, по-батькові)

моїх персональних даних у відповідності до мети обробки, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», у зв'язку з потенційним ризиком захворювання на коронавірусну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2.

Я, _____, проінформований та
(Прізвище, ім'я, по-батькові)

згодний(а) з порядком поводження з результатами молекулярно-генетичних досліджень з якісного виявлення РНК вірусу Covid-19 спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 з біологічного матеріалу із застосуванням ПЛР. У разі отримання інформації про позитивний результат дослідження зобов'язуюсь забезпечити:

- проходження самоізоляції;
- інформування лікаря лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання, тощо;
- максимальне уникнення контактів з оточуючими особами.

Результат досліджень прошу (необхідне визначити):

- надати мені особисто
- моєму уповноваженому представнику (за довіреністю) _____
(Прізвище, ім'я, по-батькові)

електронною поштою за адресою: _____

(Прізвище, ім'я, по-батькові)

(Підпис)