|  |  |
| --- | --- |
|  | В.о. директора ДУ «Дніпропетровський обласний лабораторний центр МОЗ України»Чубу Р.В |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЗаявникАдреса 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)