

В.о. генерального директора
ДУ «Дніпропетровський обласний центр контролю
та профілактики хвороб МОЗ України»
Вальчуку С.І.

_____ (Заявник)

адреса мешкання _____

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, з метою _____

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

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

Оплату гарантую.

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

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

проінформований та 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) _____ (ПІБ)
- електронною поштою _____

_____ (дата)

_____ (Прізвище, ім'я, по-батькові)

_____ (Підпис)