|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 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)