

Заведующей лабораторией
вирусологических исследований,
диагностики ВИЧ/СПИД и
особо опасных инфекций
Гродненского областного ЦГЭОЗ
Стасюкевич А.К.

(Ф.И.О. заявителя)

(адрес места жительства)

(мобильный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести исследование **иксодового клеща** на наличие возбудителей болезни Лайма, клещевого энцефалита, анаплазмоза, эрлихиоза методом ПЦР в режиме реального времени, с выдачей результата исследования. Обязуюсь предоставить всю необходимую информацию.

Оплату выполненных услуг гарантирую.

2023 г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Я,

(Ф.И.О.)

информирован сотрудником _____ ЦГЭ о необходимости обращения за медицинской помощью в организацию здравоохранения по месту жительства (участковому терапевту, участковому педиатру, инфекционисту) по поводу присасывания клеща.

2023

(дата)

(подпись)

Договор

на оказание услуг по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения

2024г.

г. Гродно

Государственное учреждение «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» в лице заведующей лабораторией вирусологических исследований, диагностики ВИЧ/СПИД и особо опасных инфекций Стасюкевич А.К. (далее - Исполнитель), действующей на основании доверенности от 10.03.2022 № 2, и

(Ф.И.О. физического лица)

(далее - Заказчик) заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора:

1.1. Исполнитель обязуется оказать платные услуги в соответствии с требованиями ТНПА исследование иксодового клеща на наличие возбудителей болезни Лайма, клещевого энцефалита, анаплазмоза, эрлихиоза методом ПЦР в режиме реального времени (исследование не является диагностическим, не исключает при отрицательном результате возникновение заболевания), а Заказчик обязуется произвести оплату на основании договора в соответствии с Прейскурантом цен.

1.2. Оплата предоставленных услуг производится в учреждениях банков или непосредственно у Исполнителя как наличными денежными средствами, так и в безналичном порядке на условиях 100% предоплаты.

1.3. Сумма заключаемого договора составляет 40,0 РУБ

2. Срок выполнения работ:

2.1. До 5 рабочих дней с момента представления платежных документов.

3. Права и обязанности сторон:

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. обеспечивать соответствие оказываемых заказчику платных услуг требованиям, установленным законодательством.

3.1.2. выдавать результат исследований в установленные сроки.

3.1.3. осуществлять обработку персональных данных Заказчика только в целях исполнения настоящего договора и передачи в соответствующие организации Министерства здравоохранения РБ при обнаружении в клеще возбудителей инфекционных заболеваний, а также хранить персональные данные до истечения срока хранения документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемого в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

3.2. Заказчик обязан:

3.2.1. оплатить стоимость услуг;

3.2.2. выполнять иные обязанности, предусмотренные договором.

3.2.3. выполнять рекомендации и требования работника лаборатории по правилам сдачи анализа; уважительно относиться к сотрудникам Исполнителя;

3.3. Заказчик имеет право:

3.3.1. требовать выполнения услуг, предусмотренных настоящим договором;

3.3.2. расторгнуть договор, возместив Исполнителю расходы, связанные с выполнением услуг по договору на момент его расторжения.

4. Порядок разрешения споров.

4.1. Споры между Заказчиком и Исполнителем по исполнению договора разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

5. Срок действия договора:

5.1. Договор действует с момента его подписания до исполнения сторонами своих обязательств.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Гродненский областной ЦГЭОЗ
пр.Космонавтов, 58, 230003, г.Гродно
тел.(0152) 69 05 72

Р/с ВУ 13 АКВВ 3632 0000 0079 4400 0000

в ОАО «АСБ Беларусбанк»

БИК АКВВВУ2Х

УНН 500 034 391, ОКПО 020 158 85

Заказчик _____

(ФИО)

(адрес места жительства)

Паспорт серии _____

№ _____

Кем выдан _____

Окт РОВД Гродно _____

дата выдачи _____

Подпись _____

ФИО _____

Государственное учреждение «Гродненский областной центр гигиены эпидемиологии и общественного здоровья»
Направление на исследование клеща
для выявления РНК/ДНК возбудителей инфекций, передающихся клещами

Дата _____

Наименование учреждения, направившего биоматериал _____

Фамилия, имя, отчество пациента (полностью) _____

Число, месяц, год рождения _____

Место жительства _____

Место работы, учебы _____

Должность _____

Контактные телефоны _____

@email _____

Дата присасывания клеща _____

Дата удаления клеща _____

Длительность присасывания _____

Местность, где произошло присасывание _____

Место укуса _____

Наличие эритемы на месте присасывания _____

Ф.И.О. медицинского работника, принявшего клеща _____

Сведения о результатах видовой идентификации клеща _____

Ф.И.О. и подпись энтомолога _____

Результат лабораторного исследования № _____

Дата исследования _____

Врач, проводивший исследование _____