

Главному врачу  
Брестского областного ЦГЭиОЗ  
Ильяшевой Е.В.

Ф.И.О пострадавшего, год рождения

\_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

территория, где произошел укус (лес, дача,  
подворье, парк, зона отдыха и т.д.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата укуса клеща \_\_\_\_\_

Дата снятия клеща \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

заявление.

Прошу исследовать клеща на Лайм боррелиоз.

Ознакомлен с порядком получения результата.

Оплату гарантирую.

Дата:

Подпись: