

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

м. Київ, вул. Волинська, 12

Директору ДНДІЛДВСЕ

\_\_\_\_\_  
ПІБ громадянина

\_\_\_\_\_  
що проживає за адресою \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
тел. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**  
(на заміну бланку)

Прошу вашого дозволу на заміну бланку № \_\_\_\_\_, ідентифікаційний номер зразка \_\_\_\_\_, дата надходження \_\_\_\_\_ щодо результатів лабораторного дослідження сироватки крові на наявність антитіл до збудника сказу в зв'язку

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Підпис \_\_\_\_\_