

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

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 \_\_\_\_\_ сироватки крові на наявність антитіл до збудника сказу в зв'язку:

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Підпис \_\_\_\_\_