

« ___ » _____ 20__ р. № _____

м. Київ, вул. Волинська, 12

Директору ДНДІЛДВСЕ

ПІБ громадянина: _____

що проживає за адресою: _____

тел.: _____

E-mail: _____

ЗАЯВА
(на проведення досліджень)

Патологічний/біологічний матеріал відібрано та передано до лабораторії мною персонально.

Поінформован а/ий та погоджуюсь, що результат дослідження стосуватиметься патологічного/біологічного матеріалу, відібраного та переданого до лабораторії мною персонально.

Сплату за послуги гарантую

« ___ » _____ 20__ р.

Підпис: _____