Заведующей лабораторным отделом

Гродненского областного центра гигиены,

эпидемиологии и общественного здоровья

Макарович М.И.

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

(Ф.И.О. заявителя)

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

(адрес места жительства)

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

(паспорт, серия, номер, выдан)

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

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

(телефон, электронная почта)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу провести забор назофарингиального мазка и выполнить лабораторное исследование на наличие **коронавируса SARS-COV-2** **методом ПЦР,** с выдачей результата исследований.

Оплату выполненных услуг гарантирую.

Обязуюсь предоставить всю необходимую информацию.

Копии паспорта и документов, подтверждающих выезд за границу, прилагаются.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

**Договор**

на оказание услуг по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г. г. Гродно

Государственное учреждение «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» в лице заведующей лабораторным отделом Макарович М.И. (далее - Исполнитель), действующей на основании доверенности от 01.11.2016 № 11, и

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

(Ф.И.О. физического лица)

(далее - Заказчик) заключили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора:**

1.1. Исполнитель обязуется оказать платные услуги

**Забор назофарингиального мазка** **и провести лабораторные исследования на наличие коронавируса SARS-COV-2**, а Заказчик обязуется произвести оплату на основании договора в соответствии с Прейскурантом цен.

1.2. Оплата предоставленных услуг производится в учреждениях банков или через систему ЕРИП на условиях 100% предоплаты.

1.3. Сумма заключаемого договора составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Срок выполнения работ:** до 3 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;

**3.2. Заказчик обязан:**

3.2.1. оплатить стоимость платной услуги;

3.2.2. выполнять иные обязанности, предусмотренные договором.

3.2.3. уважительно относиться к сотрудникам Исполнителя.

**3.3. Заказчик имеет право:**

3.3.1. расторгнуть договор и потребовать возмещения реального ущерба;

**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 даты подписания договора и до момента исполнения обязательств сторонами.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Гродненский областной ЦГЭОЗ ЗАКАЗЧИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

230003, Республика Беларусь, г. Гродно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

пр. Космонавтов, 58, тел.75 54 98 Адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BY13 AKBB 3632 0000 0079 4400 0000, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК AKBBBY2X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УНН 500 034 391, ОКПО 020 158 85 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В ГОУ № 400 ОАО «Беларусбанк» , (подпись, Ф.И.О. заявителя)

г.Гродно, ул. Новооктябрьская, 5

Заведующая лабораторным отделом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.И.Макарович