Заведующей лабораторией

вирусологических исследований,

диагностики ВИЧ/СПИД и

особо опасных инфекций

Гродненского областного ЦГЭОЗ

Стасюкевич А.К.

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

(Ф.И.О. заявителя)

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

(адрес места жительства)

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

(мобильный телефон, № территориальной поликлиники)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу провести забор назофарингеального мазка, мазка из зева и выполнить лабораторное исследование на наличие **коронавируса** **SARS-COV-2** **методом ПЦР,** с выдачей результата исследования. Обязуюсь предоставить всю необходимую информацию и копию паспорта.

Оплату выполненных услуг гарантирую.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

**Договор**

**на оказание услуг по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_**г. г. Гродно

Государственное учреждение «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» в лице заведующей лаборатории вирусологических исследований, диагностики ВИЧ/СПИД и особо опасных инфекций (далее - Исполнитель), действующей на основании доверенности от 10.03.2021 № 2, и

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

(Ф.И.О. физического лица)

(далее - Заказчик) заключили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора:**

1.1. Исполнитель обязуется оказать платные услуги

**Забор назофарингеального мазка, мазка из зева и провести лабораторное исследование 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 % оплаты.

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

**2. Срок выполнения работ:**

2.1. 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. Прочие условия:**

4.1.Заказчик выражает свое согласие на обработку представленных персональных данных, а Исполнитель обязуется осуществлять обработку персональных данных Заказчика только в целях исполнения настоящего договора и передачи в территориальную организацию здравоохранения в случае получения положительного результата исследования.

4.2. Заказчик дает согласие на обработку своих персональных данных до истечения срока хранения документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

**5. Порядок разрешения споров.**

5.1. Споры между Заказчиком и Исполнителем по исполнению договора разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

**6. Срок действия договора:**

6.1. Договор действует с даты подписания договора и до момента исполнения обязательств сторонами.

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  Гродненский областной ЦГЭОЗ пр.Космонавтов, 58, 230003, г.Гродно тел.(0152) 69 05 72  Р/с BY 13 AKBB 3632 0000 0079 4400 0000 в ОАО «АСБ Беларусбанк» БИК АКВВВY2Х  УНН 500 034 391, ОКПО 020 158 85,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Заказчик­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места жительства)  Паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |