

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 и
выполнить лабораторное исследование на наличие **антигена
нуклеокапсидного белка SARS-COV-2**, 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 лабораторией вирусологических исследований, диагностики ВИЧ/СПИД и особо опасных инфекций Стасюкевич А.К. (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 и провести лабораторное исследование на наличие антигена нуклеокапсидного белка 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 АКВВ 3632 0000 0079 4400 0000
в ОАО «АСБ Беларусбанк»
БИК АКВВВУ2Х
УНН 500 034 391, ОКПО 020 158 85,

Заказчик _____
(ФИО)

(адрес места жительства)

Паспорт серии _____ № _____

Кем выдан _____ дата выдачи _____

Подпись _____ ФИО _____