

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Świnoujście, dnia

Dane zleceniodawcy

.....

.....

.....

Tel. kontaktowy.....

Powiatowa Stacja Sanitarno-
Epidemiologiczna w
Świnoujściu
ul. Dąbrowskiego 4
72-600 Świnoujście

**ZLECENIE
NA BADANIE KAŁU DO CELÓW SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH**

Zlecam wykonanie badania nosicielstwa/obecności pałeczek Salmonella-Shigiella.

.....
(podpis zlecającego)

Do zlecenia należy załączyć:

1. *Zgodę na przetwarzanie danych osobowych.*
2. *Skierowanie na badanie nosicielstwa Salmonella-Shigiella*
3. *Dowód wpłaty:*

Płatność przelewem

Powiatowa Stacja Sanitarno –Epidemiologiczna w
Świnoujściu ul. Dąbrowskiego 4

nr konta: 67 10 10 1599 0519 2722 3100 0000

KWOTA: 273,51 zł

Tytuł przelewu: trzykrotne badanie kału, imię i nazwisko osoby badanej.

.....

(podpis przyjmującego zlecenie)