

Legionowo, dnia .....

Imię i nazwisko .....

.....

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

lub numer dokumentu .....

Telefon kontaktowy ..... - ..... - .....

**Powiatowa Stacja  
Sanitarno-Epidemiologiczna w Legionowie  
ul. Sikorskiego 11  
05-119 Legionowo**

Zwracam się z prośbą o wydanie odpisu wyników badań na nosicielstwo bakterii Salmonella/Sigella.

Badanie wykonywałam/ łem w PSSE w Legionowie w roku 2018, 2019, 2020, 2021, 2022\*)

Odpis odbiorę osobiście / Odpis odbierze osoba upoważniona przeze mnie pisemnie \*)

.....  
( Czytelny podpis )

\*) Niewłaściwe skreślić

**Potwierdzenie odbioru:**

.....  
( Data i czytelny podpis )