Warszawa, dn……………………..

Imię i nazwisko:…………………………

………………………………………...

PESEL/Data urodzenia:………………….

………………………………………...

Adres:…………………………………..

………………………………………...

Tel. kontaktowy:…………………………

**Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna**

**w Warszawie**

**ul. Żelazna 79, 00 – 875 Warszawa**

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

Wyniki badań odbierałam/łem w roku………………….w miesiącu…………………………

w *(proszę zakreślić lub wpisać tylko jedną z podanych poniżej możliwości*):

**WSSE w Warszawie ul. Żelazna 79**

**PSSE w** …………………………….**ul**…………………………………………………

*/proszę podać miasto i ulicę/*

 …………………………………………………………………………………………...

 **inne :**…………………………………………………………………………………….

/*proszę podać: nazwę laboratorium, firmy itp. oraz miasto i ulicę/*

 …………………………………………………………………………………………...

 …………………………………………………………………………………………...

Odpis odbiorę osobiście.

……………………………………….

/Podpis/