

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 wul.....

/proszę podać miasto i ulicę/

.....

inne :.....

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

.....

.....

Odpis odbiorę osobiście.

.....

/Podpis/