

Świnoujście ,dnia

**ZLECENIE
NA WYDANIE ZAŚWIADCZENIA POTWIERDZAJACEGO WYKONANIE BADAŃ
KAŁU W KIERUNKU NOSICIELSTWA PAŁECZEK SALMONELLA – SHIGELLA**

Dane zleceniodawcy

1.....
(Imię i nazwisko)

2.....
(PESEL)

3.....
(Adres zam. w czasie wykonywania badań)

4.....
(Data wykonywania badań)

5.....
(tel. Kontaktowy)

**Proszę wydanie zaświadczenia o wykonaniu badań w kierunku nosicielstwa pałeczek
Salmonella – Shigella**

Płatność przelewem – Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Świnoujściu,
ul. Dąbrowskiego 4 – nr konta **67 10 10 1599 0519 2722 3100 0000**

KWOTA 39,59

Zaświadczenie zostanie wydane po okazaniu dowodu wpłaty

.....
(podpis zlecającego)

.....
(podpis przyjmującego zlecającego)