

WNIOSEK O ODPIS

Poznań,

Imię i nazwisko:.....

.....

PESEL/data urodzenia:.....

.....

Adres:.....

.....

Tel. kontaktowy:.....

**Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
w Poznaniu**

Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii

ul. Nowowiejskiego 60, 61-734 Poznań

e-mail: imp.wssepoznan@sanepid.gov.pl

tel. 61 85 44 910

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

Badania wykonywałem/łam w roku

Wypełnia WSSE w Poznaniu:

Numer paragonu:.....

Termin realizacji:

.....

/czytelny podpis/