

Заява

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прошу зареєструвати мене як нового пацієнта для дослідження на SARS-CoV-2 методом ПЛР на англійській/польській мові (підкреслити).

Прізвище:

Ім’я:

Дата народження:

Місце проживання:

Місце роботи:

Телефон:

Електронна адреса:

Дата Підпис