|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| To the Chief Physician of the State Institution  «Minsk regional Center for Hygiene  Epidemiology and Public Health»  Ryzgunsky V.V. | | | | | | | | Главному врачу государственного учреждения «Минский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»  Рызгунскому В.В. | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  APPLICATION | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **RU** |   Заполняя Заявление «Заказчик» подтверждает, что ознакомлен с условиями Договора оказания медицинских, санитарно-эпидемиологических услуг (для физических лиц) на платной основе, размещенного на официальном сайте Государственного учреждения «Минский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» в разделе «Услуги/Тестирование на Сovid-19». | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **EN** |   By filling out the Application, the «Customer» confirms that it is familiar with the terms of the Contract for the Provision of Medical, Sanitary and Epidemiological Services (for individuals) on a paid basis, posted on the official website of the state institution «Minsk regional Center for Hygiene Epidemiology and Public Health» under the section «Uslugi/testirovanie-na-covid-19». | | | | | | | | | | | | | |
|  | Заказчик (**ФИО**)  Customer (**Full Name**) | | | | |  | | --- | |  | | | | | | | | | |
|  | **Число, месяц, год рождения**  **Date month year of birth** | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | **Документ, удост. личность**  **Identity document:** | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | **Контактный телефон**  **Contact Number** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
|  | **Заполняется только** гражданами Республики Беларусь и лицами имеющими вид на жительство, состоящими на учете в амбулаторно-поликлинической организации  **To be filled in only** by the citizens of the Republic of Belarus and persons with a residence permit registered with an outpatient clinic | | | | | | | | | | | | |
|  | **Адрес места жительства** в Республике Беларусь  **Residence address** in the Republic of Belarus | | | | | | | |  | | --- | |  | |  | | | | | |
|  | **Амбулаторно-поликлиническая организация** обслуживающая адрес места жительства  **Outpatient polyclinic organization** serving the place of residence | | | | | | | | |  | | --- | |  | |  | | | | |
| **6.** | **Выезд за рубеж** (дата выезда, страна назначения, номер билета) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Departure abroad** (date of departure, country of destination,  ticket number) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **RU** |   Прошу провести лабораторное исследование методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (**ПЦР-РВ**) на наличие **SARS-CoV-2**.  Копию документа удостоверяющего личность и документа, дающего основание выезда за рубеж, прилагаю. | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **EN** |   I ask you to conduct nucleic acid amplification test (**NAAT**) by the method of polymerase chain reaction in real time (**PCR-RT**) for the presence of **SARS-CoV-2**.  I am attaching a copy of the identity document and the document giving the basis for traveling abroad. | | | | | | | | | | | | | |
| **7.** | **Дополнительные услуги** (предоставляются за дополнительную плату, отметить нужное)  **Additional services** (provided for an additional fee, mark required) | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | --- | |  | | | QR-код для приложения «**Путешествую без COVID-19**»  QR-code for the app «**COVID-19 Free Travel**» | | | | | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **Адрес электронной почты**  **Email** | | | | | |  | | --- | |  | | | | | | | |
| Дата | | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | « |  | » |  | 20 |  | г. | | | | | | | | Подпись | | |  | | --- | |  | | |
| Date | | | Signature | |

|  |
| --- |
| **Регистрационный номер:** |