

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 w**ul.....
/proszę podać miasto i ulicę/
.....
- **inne :**.....
/proszę podać: nazwę laboratorium, firmy itp. oraz miasto i ulicę/
.....
.....

Odpis odbiorę osobiście.

.....
/Podpis/