|  |  |
| --- | --- |
| **Попълва се от лицето, взело пробата** | **НАПРАВЛЕНИЕ****За изпращане на фекални проби до Национална лаборатория по Ентеровируси** |
| Имена:Номер на паспорт |
| Телефон за връзка:e-mail |
| Адрес: |
| Област: |
| **Данни за изследваното лице:** |
| Дата на раждане: |
| Дата на последната имунизацияза полиомиелит: |
| Дата на вземане на фекалната проба: |
| **Попълва се от РЗИ** | **Дата на изпращане на пробата****до Национална лаборатория по Ентеровируси:** |  |
| Име на лекаря приел, съхранил и изпратил пробата от РЗИ: | Подпис на лекаря: |
| Телефон за връзка: | Печат на РЗИ: |