|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 имунизация  за 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: |