**Załącznik 1**

Miejscowość……………….. Data,……………………..

NIZP-PZH

ul. Chocimska 24

00-791 Warszawa

Dotyczy: **Badanie weryfikujące w kierunku SARS-CoV-2**

Laboratorium……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres:………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres e-mail do korespondencji…………………………….telefon do kontaktu ……………………………………………

zwraca się z prośbą o przeprowadzenie weryfikacji wyniku laboratoryjnego badania w kierunku SARS‑CoV-2 niżej wymienionych próbek\*.

Do izolacji RNA użyto:………………….………(podać nazwę zestawu i producenta)……………………………....

Badanie RT-PCR wykonano: :…………………(podać nazwę zestawu i producenta)……………………….……..

Aparat real-time PCR użyty do przeprowadzenia badania: :…(podać nazwę, model i producenta)…..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PESEL pacjenta** | **Uzyskany wynik** | **Oznaczenie próbki w przesyłce do weryfikacji** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

\*Zlecenia badania ww. próbek w załączeniu.

Data i podpis osoby zlecającej badanie weryfikacyjne ……………………………………………………………………….