

Tel.: (435) 650-1430

от 16.10.2018г.

(дата выдачи, номер и срок действия лицензии)

СЕРТИФИКАТ серия №
об отсутствии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)

Я, _____, количество (при наличии) врача
_____ настоящим подтверждаю, что

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

Паспорт, _____, КИТАЙ

(паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, страна постоянного или преимущественного проживания)

22.11.2002

(дата рождения)

был(а) _____
 обследован(а) **10.09.2024**

10.09.2024

(дата тестирования, серия тест-системы)

Определение антител к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 всех классов (IgG, IgM) методом иммуноферментного анализа с ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ результатом.

Врач-специалист, направивший на обследование _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

зам. гл. врача

Главный врач медицинской организации _____
(фамилия, имя, отчество (полн. название), подписать)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Фамилия, имя,
отчество
(при наличии)
обследуемого

_____ (подпись)

М.П.
(при наличии)
Городская
поликлиника

(подпись)

Срок действия с « » **10.09.2024** г. до «**10.09.2025**» г.

10.09.2024

10.09.2025

ООО «НТТФ» г. Москва, 2024 г., выпуск №