

MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF BELARUS
State institution «Republican Center for Hygiene,
Epidemiology and Public Health»
220099, Republic of Belarus, Minsk, Kazinca Street, 50,
phone +375173987443,
fax number +375173983226, e-mail: mail@rcheph.by

Laboratory test result № _____

This is to certify that

Surname (family name), name, middle name (if applicable) _____

Date of birth (day-month-year) _____

Identity document _____
(type, serial, number)

was tested "___" _____ 2020 by the method of polymerase chain
reaction in real time for the presence of SARS-CoV-2.

Result on the date of the test for SARS-CoV-2: _____
(positive or negative)

Research conducted _____
(signature, surname and initials, seal)

Date of issue of the research result "___" _____ 2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Государственное учреждение «Республиканский центр гигиены,
эпидемиологии и общественного здоровья»
220099, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Казинца, 50,
тел. +375173987443,
факс +375173983226, e-mail: mail@rcheph.by

Результат лабораторного исследования № _____

Настоящим удостоверяется, что

Фамилия, имя, отчество _____

Число, месяц, год рождения _____

Документ, удостоверяющий личность _____

(название, серия, номер)

был протестирован «__» _____ 2020 года методом
полимеразной цепной реакции в режиме реального времени на наличие
SARS-CoV-2.

Результат на дату проведения теста SARS-CoV-2: _____
(положительный или отрицательный)

Исследование проводил _____
(подпись, инициалы, фамилия, печать)

Дата выдачи результата исследования «__» _____ 2020 г.