

# SKIEROWANIE NA BADANIE

SARS-CoV-2 Antygen □ Angielski □ Polski



**Please write in capital letters:**

NAME: .....

ID NUMBER/ PASSPORT NUMBER : .....

DATE OF BIRTH: .....

ADDRESS: .....

.....

TELEPHONE: .....

Rodzaj materiału: .....

Data i godzina pobrania: .....

Osoba pobierająca: .....

Data i godzina przyjęcia materiału .....

Laboratorium Medyczne LAB-MED  
ul. Raciborska 9, 44-153 Sośniwocie  
Tel. 798 743 777 info@lab-med.pl  
.www.lab-med.pl

ZLECENIODAWCA:
KOD KRESKOWY: