

SKIEROWANIE NA BADANIE SARS-CoV-2 Antygen □ Angielski □ Polski

Proszę pisać drukowanymi literami:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL

DATA URODZENIA :

ADRES:

.....

NUMER TELEFONU:

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: