

\_\_\_\_\_ pieczęć jednostki zlecającej \_\_\_\_\_

Do Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej  
WCPT  
ul. Szamarzewskiego 62  
60-569 Poznań  
tel. 61/66-54-325, -222, -284

**ZLECENIE BADANIA W PRACOWNI MYKOLOGII**

..... nazwisko i imię ..... data urodzenia ..... Pieczęć: K/M

..... adres zamieszkania (kod, miejscowość, ul., nr domu, gmina) .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

rodzaj materiału: .....

rodzaj badania: .....

..... cel badania / rozpoznanie .....

stosowane leki p/grzybicze: .....

data i godzina pobrania materiału: .....

dane osoby pobierającej materiał: .....

Uwagi:

	pieczęć/podpis zleciodawcy
--	----------------------------

wypełnia laboratorium		
data i godz. przyjęcia próbki	uwagi	nr badania