



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

ZLECENIE BADANIA W PRACOWNI BAKTERIOLOGII OGÓLNEJ

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

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

PESEL

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

rodzaj materiału:

rodzaj badania:

..... cel badania / rozpoznanie

stosowane antybiotyki:

data i godzina pobrania materiału:

dane osoby pobierającej materiał:

dane osoby upowaznionej do odbioru wyników:

.....
 (jeżeli nie mają być dostarczone do Zleceniodawcy)

data pieczęć/podpis zlecającego badanie



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

ZLECENIE BADANIA W PRACOWNI BAKTERIOLOGII OGÓLNEJ

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

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

PESEL

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

rodzaj materiału:

rodzaj badania:

..... cel badania / rozpoznanie

stosowane antybiotyki:

data i godzina pobrania materiału:

dane osoby pobierającej materiał:

dane osoby upowaznionej do odbioru wyników:

.....
 (jeżeli nie mają być dostarczone do Zleceniodawcy)

data pieczęć/podpis zlecającego badanie

wypełnia laboratorium		
data i godz. przyjęcia próbki	uwagi	nr badania

wypełnia laboratorium		
data i godz. przyjęcia próbki	uwagi	nr badania