

Do Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej

WCFiT

ul. Szamarzewskiego 62

60-569 Poznań

tel. 61/66-54-325, -222, -284

pieczęć zlecającego

ZLECENIE BADANIA W PRACOWNI MYKOLOGII

.....
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 upoważnionej do odbioru wyników:

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

data pieczęć/podpis zlecającego badanie

wypełnia laboratorium		
data i godz. przyjęcia próbki	uwagi	nr badania

Do Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej

WCFiT

ul. Szamarzewskiego 62

60-569 Poznań

tel. 61/66-54-325, -222, -284

pieczęć zlecającego

ZLECENIE BADANIA W PRACOWNI MYKOLOGII

.....
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 upoważnionej do odbioru wyników:

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

data pieczęć/podpis zlecającego badanie

wypełnia laboratorium		
data i godz. przyjęcia próbki	uwagi	nr badania