107

....., dnia .....20..... r.

pieczątka oddz./poradnia

SKIEROWANIE DO LABORATORIUM

NZOZ "Puls" Szpitalna 2, Oborniki*
Laboratorium Januszewska Rogoźno ul. II Armii Woj. Polskiego 4

Proszę o wykonanie wymienionych niżej badań:

u Pan(i)..... lat .....

Adres.....

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Badanie:

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....
7.....
8.....
9.....
10.....

.....
czytelny podpis i pieczątka lekarza

* niepotrzebne skreślić