104

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

pieczątka oddz./poradnia

SKIEROWANIE DO LABORATORIUM

Diagnostyka Sp. z o. o. ul. Piłsudskiego 62, Oborniki
Laboratorium Januszewska Rogoźno ul. 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

z. 485/2018 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl