

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Świnoujście ,dnia

Dane zleceniodawcy

.....

.....

.....

Tel. kontaktowy.....

ZLECENIE

NA BADANIE KAŁU DO CELÓW SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH

Zlecam badanie kału w kierunku Salmonella – Shigella.....

(data poboru próbki)

.....

(podpis zlecającego)

Płatność przelewem

Powiatowa Stacja Sanitarno –Epidemiologiczna w

Świnoujściu ul. Dąbrowskiego 4

nr konta 67 10 10 1599 0519 2722 3100 0000

KWOTA 177.00 zł

Wraz ze zleceniem na badanie należy okazać dowód w płaty.

.....

(podpis przyjmującego zlecenie)

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI