

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE
DZIAŁ LABORATORYJNY ODDZIAŁ LABORATORYJNY W KAMIENIU POMORSKIM

72-400 Kamień Pomorski ul. Wolińska 7 tel. 91/32-10-746

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

NAZWISKO i IMIĘ														
PESEL			DATA URODZENIA						-		-		PŁEĆ	
ADRES ZAMIESZKANIA														
JEDNOSTKA/LEKARZ ZLECAJĄCY BADANIE: POWIATOWA STACJA Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski Centrala: 91 38 20 144, fax 91 38 24 170 NIP: 986-00-08-000						DANE ISTOTNE KLINICZNE								
RODZAJ MATERIAŁU						KIERUNEK BADANIA:								
DATA/ GODZINA POBRANIA:			ZASTOSOWANA METODA BADAWCZA:			OSOBA/JEDNOSTKA UPOWAŻNIENIA DO ODBIORU WYNIKU:								
			PB/..... wyd. z dnia.....			POWIATOWA STACJA Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski Centrala: 91 38 20 144, fax 91 38 24 170 NIP: 986-00-08-000								
Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany (a) o sposobie pobrania materiału do badań oraz zapoznałem(am) się z wykazem metod badawczych stosowanych przy wykonywaniu badania														
..... (podpis osoby pobierającej próbkę)														
(wypełnia Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej)														
DATA/ GODZ. PRZYJĘCIA PRÓBKİ		NUMER UMOWY-ZLECENIE		STAN PRÓBKİ		KOD PRÓBKİ		NUMER SPRAWOZDANIA		PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ PRÓBKĘ				
				<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny		DM/		DM/						

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA W SZCZECINIE
DZIAŁ LABORATORYJNY ODDZIAŁ LABORATORYJNY W KAMIENIU POMORSKIM

72-400 Kamień Pomorski ul. Wolińska 7 tel. 91/32-10-746

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

NAZWISKO i IMIĘ														
PESEL			DATA URODZENIA						-		-		PŁEĆ	
ADRES ZAMIESZKANIA														
JEDNOSTKA/LEKARZ ZLECAJĄCY BADANIE: POWIATOWA STACJA Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski Centrala: 91 38 20 144, fax 91 38 24 170 NIP: 986-00-08-000						DANE ISTOTNE KLINICZNE								
RODZAJ MATERIAŁU						KIERUNEK BADANIA:								
DATA/ GODZINA POBRANIA:			ZASTOSOWANA METODA BADAWCZA:			OSOBA/JEDNOSTKA UPOWAŻNIENIA DO ODBIORU WYNIKU:								
			PB/..... wyd. z dnia.....			POWIATOWA STACJA Sanitarno-Epidemiologiczna ul. Wolińska 7b, 72-400 Kamień Pomorski Centrala: 91 38 20 144, fax 91 38 24 170 NIP: 986-00-08-000								
Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany (a) o sposobie pobrania materiału do badań oraz zapoznałem(am) się z wykazem metod badawczych stosowanych przy wykonywaniu badania														
..... (podpis osoby pobierającej próbkę)														
(wypełnia Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej)														
DATA/ GODZ. PRZYJĘCIA PRÓBKİ		NUMER UMOWY-ZLECENIE		STAN PRÓBKİ		KOD PRÓBKİ		NUMER SPRAWOZDANIA		PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ PRÓBKĘ				
				<input type="checkbox"/> bez zastrzeżeń <input type="checkbox"/> inny		DM/		DM/						