

Wypełnić drukowanymi literami czytelnie

.....  
Data wystawienia

### ZLECENIE NA BADANIA

Nazwisko i imię badanego..... M K

PESEL i data urodzenia.....

Adres: ul.....nr domu.....

kod .....miejscowość.....tel.....

Materiał pobrany od:

- chorego
- ozdrowieńca
- osoby ze styczności
- nosiciela
- zdrowego

Rodzaj materiału:

- kał
  - krw
  - pmr
  - wymaz z .....
  - inny .....
- Dzień choroby:
- Które badanie:

Istotne dane kliniczne pacjenta .....

Data i godzina pobrania materiału .....

Dane osoby pobierającej materiał .....

#### ZAKRES BADAŃ DO WYKONANIA:

1. ....

Wykonanie antybiogramu:  tak

Tryb wykonywania badania:  cito

Miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru

Zlecenie to jest równoznaczne ze zobowiązaniem finansowym do pokrycia kosztów badania.

Klient zgadza się na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zlecenia zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101, poz. 926)

.....  
(Pieczętka firmowa Klienta /jeśli dotyczy)

.....  
(Podpis lub/i pieczętka klienta lub osoby upoważnionej do zlecenia badania – lekarza kierującego)

Data i godzina dostarczenia próbki do Oddziału ChZZ.....

numer klienta/numer próbki/kod próbki

1. ChZZ ...../...../...../2012

2. ChZZ ...../...../...../2012

3. ChZZ ...../...../...../2012

Uwagi pracownika przyjmującego próbki:.....

.....  
Podpis pracownika przyjmującego próbki

- zaznaczyć właściwy lub uzupełnić dane

Wypełnić drukowanymi literami czytelnie

.....  
Data wystawienia

### ZLECENIE NA BADANIA

Nazwisko i imię badanego..... M K

PESEL i data urodzenia.....

Adres: ul.....nr domu.....

kod .....miejscowość.....tel.....

Materiał pobrany od:

- chorego
- ozdrowieńca
- osoby ze styczności
- nosiciela
- zdrowego

Rodzaj materiału:

- kał
  - krw
  - pmr
  - wymaz z .....
  - inny .....
- Dzień choroby:
- Które badanie:

Istotne dane kliniczne pacjenta .....

Data i godzina pobrania materiału .....

Dane osoby pobierającej materiał .....

#### ZAKRES BADAŃ DO WYKONANIA:

1. ....

Wykonanie antybiogramu:  tak

Tryb wykonywania badania:  cito

Miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru

Zlecenie to jest równoznaczne ze zobowiązaniem finansowym do pokrycia kosztów badania.

Klient zgadza się na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zlecenia zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101, poz. 926)

.....  
(Pieczętka firmowa Klienta /jeśli dotyczy)

.....  
(Podpis lub/i pieczętka klienta lub osoby upoważnionej do zlecenia badania – lekarza kierującego)

Data i godzina dostarczenia próbki do Oddziału ChZZ.....

numer klienta/numer próbki/kod próbki

1. ChZZ ...../...../...../2012

2. ChZZ ...../...../...../2012

3. ChZZ ...../...../...../2012

Uwagi pracownika przyjmującego próbki:.....

.....  
Podpis pracownika przyjmującego próbki

- zaznaczyć właściwy lub uzupełnić dane