

.....
Data i godzina pobrania

.....
Podpis osoby pobierającej

Inne badania - Płatne.....
.....
.....

DZM w ml

Dodatkowe informacje

.....
.....

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium.....
.....

Data, podpis i pieczęć lekarza

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej
do odbioru wyniku (jeśli inne niż jednostka zlecająca)
.....
.....