**Nazwa Jednostki:** ……………………………………………….

**Adres:** ………………………………………………………………..

Kod res. ……………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **ZLECENIE  WYKONANIA BADAŃ LABORATORYJNYCH** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane Pacjenta** | |
| **Imię i nazwisko :** | **PESEL :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane zlecającego:** | |
| **Imię i nazwisko :** | **PESEL :** |
| **Adres :** | **Telefon :** |

|  |
| --- |
| **√ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **data podpis zlecającego** |