**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**  |