Nazwa podmiotu kierującego, adres, nr telefonu

Kod identyfikacyjny, nazwa jednostki organizacyjnej i kod resortowy (ZOZ-y)

nazwa komórki organizacyjnej i kod resortowy (Zoz-y),

nr wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską

(indywidualne i grupowe praktyki lekarskie)

|  |
| --- |
|  |
|  |

...............................,dnia..................20….r.

#  SKIEROWANIE DO LABORATORIUM

 ...................................................................................

Proszę o wykonanie wymienionych niżej badań

u Pana(i).......................................................................................................... data urodzenia.................

 Imię i nazwisko

Oznaczenie płci…………………….

Adres zamieszkania.............................................................................................................................................

NR PESEL .

Badanie

1..................................................................

2.................................................................

3.................................................................

4.................................................................

 ……………………………………….

 Dane kierującego: Nazwisko i imię, tytuł zawodowy,

 uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu

 podpis