

15. Ulica <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	16. Numer domu <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	17. Numer lokalu <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
18. <input type="checkbox"/> Brak danych w zakresie pkt 1-17		
III. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO LUB OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:		
1. Nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		
2. Imię (lub nazwa podmiotu leczniczego) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	3. Numer prawa wykonywania zawodu <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
4. Nazwa komórki organizacyjnej zakładu leczniczego albo praktyki lekarskiej, w których wystawiono zlecenie lekarskie:		
5. Numer telefonu <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
6. Kod pocztowy <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	7. Miejscowość <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
8. Ulica <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	9. Numer domu <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	10. Numer lokalu <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
IV. INNE INFORMACJE		
1. Data pobrania próbki (dd/mm/rrrr) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
2. Powód wykonania badania:		
<input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna w kierunku HIV/AIDS pacjenta leczonego ambulatoryjnie		
<input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna w kierunku HIV/AIDS pacjenta hospitalizowanego		
<input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna w kierunku zakażenia wertykalnego HIV/AIDS		
2a. Badanie przesiewowe:		
<input type="checkbox"/> przyjęcie do szpitala	<input type="checkbox"/> kobiety ciężarne	<input type="checkbox"/> pracownicze badania okresowe
<input type="checkbox"/> z ośrodków leczenia uzależnień	<input type="checkbox"/> osób osadzonych w więzieniach/aresztach	
<input type="checkbox"/> pacjentów poradni chorób przenoszonych drogą płciową		
2b. Badanie z inicjatywy osoby badanej:		
<input type="checkbox"/> klient Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego (PKD) → Nr ankiety PKD		
<input type="checkbox"/> bez zlecenia lekarskiego		
2c. Inny powód (wpisać jaki):		
V. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (wpisać albo nanieść na dokument w formie nadruku albo pieczętki)		
1. Imię i nazwisko 2. Numer prawa wykonywania zawodu: 3. Podpis		
4. Telefon kontaktowy: 5. Adres poczty elektronicznej:		