**Zlecenie badania mikrobiologicznego**

Nr badania …………………..........

Nr. Kancelaryjny……………………

PESEL ………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| KKKK K |  | MMM M |  |

 PŁEĆ

Imię i nazwisko pacjenta ………………………………………………………………………………………….

Data ur. …………………………

Rodzaj pobranego materiału ……………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………….

Dostarczono z (pieczątka) ………………………………………………………………………………………..

Na zlecenie lekarza (pieczątka, podpis)…………………………………………………………………….

Odbiór: osobisty / osoba upoważniona \*…………………………………………………………………

Data otrzymania materiału …………………………………….. Godz. …………………………………..

Data i godz. pobrania materiału do badań ……………………………………………………………….

Pobrał ………………………………………………………

…………………………………………………

Podpis osoby zlecającej badanie

\* niepotrzebne skreślić