

**Protokół przekazania szczepów do identyfikacji z dnia.....**  
**do zlecenia ...../.....z dnia.....**  
**Kod próbki(ek)...../...../.....**

1. Dane Zleceniodawcy (nazwa, adres, NIP, telefon kontaktowy): .....

.....

.....

.....

e-mail.....

2. Data wysłania szczepu/ów\* do badania:.....

Nr oryginalny szczepu (Wypełnia Zleceniodawca)	Kierunek identyfikacji** (Wypełnia Zleceniodawca)	Kod próbki (Wypełnia pracownik WSSE w Olsztynie LBEK)
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	
	<input type="checkbox"/> bakterie <input type="checkbox"/> grzyby drożdżopodobne <input type="checkbox"/> grzyby pleśniowe	

.....  
Czytelny podpis osoby przesyłającej szczepy

Data i godzina przyjęcia szczepu/ów\* do badania:.....  
(Wypełnia pracownik WSSE w Olsztynie LBEK)

\*niepotrzebne skreślić  
\*\* zaznaczyć właściwe