



PIECZĄTKA

Poznań, dnia .....

### ZLECENIE NA TRANSPORT MATERIAŁ BIOLOGICZNY

Rodzaj transportu ☐ wewnętrzny ☐ zewnętrzny

Tryb transportu ☐ ZWYKŁY ☐ PILNY ☐ NA SYGNALE

Proszę o transport materiału biologicznego pacjenta .....lat .....  
Nazwisko i imię

w dniu ..... godz. .... rodzaj materiału .....

Nazwa pracowni .....

dokładny adres .....

Zalecenia dotyczące sposobu transportu materiału – opis:

.....

.....

Lekarz zlecający

.....

Pieczątka i podpis

.....  
Data/ godzina pieczętka i podpis osoby odbierającej materiał