



PIECZĄTKA

Poznań, dnia

ZLECENIE NA TRANSPORT MATERIAŁ BIOLOGICZNY

Rodzaj transportu ☐ wewnętrzny ☐ zewnętrzny

Tryb transportu ☐ ZWYKŁY ☐ PILNY ☐ NA SYGNALE

Proszę o transport materiału biologicznego pacjentalat
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