**Załącznik nr 2 do umowy**

*pieczątka oddziału*

Kielce, dn…………………………….

**SKIEROWANIE NA BADANIA WYSYŁANE DO PODWYKONAWCÓW**

Nazwisko i imię:………………………………………… PESEL: …………………………………………….

Adres pacjenta: ………………………………………………………………………………………………….

Godzina pobrania: ………………………………………………………………………………………………..

Data i godzina przyjęcia do laboratorium: ……………………………………………………………………….

Rodzaj materiału: …………………………………………………………………………………………………

Proszę o oznaczenie: …..………………………………………………………………………………………….

………………………..……………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie: ……………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………..... ……………………………………………….

*(Imię, nazwisko, podpis osoby pobierającej materiał) (Pieczęć i podpis lekarza zlecającego badania)*