

VIZSGÁLATI MEGRENDELŐ

Laboratórium iktatószáma:	Laboratóriumba érkezés ideje:
------------------------------	----------------------------------

Ügyfél neve, címe, adószám/adóazonosító		
Hivatkozási szám (ügyfél)		
Kapcsolattartó és elérhetősége E-mail, telefonszám		
Mintavétel helye, ideje		
Mintavevő neve, címe		
Költségviselő neve, címe		

Vizsgálati irány	Élelmiszer <input type="checkbox"/>	Takarmány <input type="checkbox"/>	Klinikai <input type="checkbox"/>	148-as <input type="checkbox"/>	Egyéb <input type="checkbox"/>
Minta megnevezése					
Minta jelzése					
Minták száma					
Megrendelt vizsgálatok					
Klinikai vizsgálat esetén rövid kórelőzmény, egyéb vizsgálatok esetén vizsgálatra vonatkozó előírás (ha van)					

Kelt..... 20.....

A vizsgálat költségeit vállalom:

Megrendelő/Ügyfél cégszerű aláírása

Laboratórium (mintaátvevő)