NIP płatnika: 991-04-98-289

…………………………………………………

(*pieczęć POZ*)

**SKIEROWANIE**

na badania laboratoryjne

Imię i Nazwisko:

……………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………

**BADANIA:**

Morfologia

CRP

Ferrytyna

D-dimery

Fibrynogen

ASPAT

ALAT

LDH

Glikemia na czczo

TSH

Poziom mocznika

Poziom kreatyniny

Poziom filtracji kłębkowej

……………………………………………………………………

*(data i podpis kierującego na badania)*

NIP płatnika: 991-04-98-289

…………………………………………………

(*pieczęć POZ*)

**SKIEROWANIE**

na badania laboratoryjne

Imię i Nazwisko:

……………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………

**BADANIA:**

Morfologia

CRP

Ferrytyna

D-dimery

Fibrynogen

ASPAT

ALAT

LDH

Glikemia na czczo

TSH

Poziom mocznika

Poziom kreatyniny

Poziom filtracji kłębkowej

……………………………………………………………………

*(data i podpis kierującego na badania)*

NIP płatnika: 991-04-98-289

…………………………………………………

(*pieczęć POZ*)

**SKIEROWANIE**

na badania laboratoryjne

Imię i Nazwisko:

……………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………

**BADANIA:**

Morfologia

CRP

Ferrytyna

D-dimery

Fibrynogen

ASPAT

ALAT

LDH

Glikemia na czczo

TSH

Poziom mocznika

Poziom kreatyniny

Poziom filtracji kłębkowej

……………………………………………………………………

*(data i podpis kierującego na badania)*