

Zlecający badanie:

**SKIEROWANIE NA BADANIE real-time PCR  
W KIERUNKU *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE*  
(GBS)**

--	--	--	--	--	--	--	--

nr preparatu

Nazwisko i imię pacjentki:

--

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data pobrania:

	.		.				
--	---	--	---	--	--	--	--

r.

HBD:

--	--	--	--	--	--	--	--

Uwagi:

--

Pieczętka ZOZ lub praktyki lekarskiej