NEMOCNICE Rudolfa a Stefanie BENEŠOV

ŽÁDANKA NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

PROTILÁTKY COVID

Rodné číslo: *(číslo pojištěnce)* ☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐

Příjmení:

Jméno:

Telefonní číslo: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

e-mail:

☐ **390,-** Vyšetření protilátek SARS-CoV-2 (COVID-19) IgG

VÝSLEDEK LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ SE DOZVÍTE OSOBNĚ V LABORATOŘI OKB

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., nemocnice Středočeského kraje

Souhlasím s provedením a úhradou uvedených laboratorních vyšetření.

Datum Podpis pacienta

NEMOCNICE Rudolfa a Stefanie BENEŠOV

ŽÁDANKA NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

PROTILÁTKY COVID

Rodné číslo: (číslo pojištěnce) ☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐

Příjmení:

Jméno:

Telefonní číslo: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

e-mail:

☐ 390,- Vyšetření protilátek SARS-CoV-2 (COVID-19) IgG

VÝSLEDEK LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ SE DOZVÍTE OSOBNĚ V LABORATOŘI OKB

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., nemocnice Středočeského kraje

Souhlasím s provedením a úhradou uvedených laboratorních vyšetření.

Datum Podpis pacienta

NEMOCNICE Rudolfa a Stefanie BENEŠOV

ŽÁDANKA NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

PROTILÁTKY COVID

Rodné číslo: (číslo pojištěnce) ☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐

Příjmení:

Jméno:

Telefonní číslo: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

e-mail:

☐ 390,- Vyšetření protilátek SARS-CoV-2 (COVID-19) IgG

VÝSLEDEK LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ SE DOZVÍTE OSOBNĚ V LABORATOŘI OKB

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s., nemocnice Středočeského kraje

Souhlasím s provedením a úhradou uvedených laboratorních vyšetření.

Datum Podpis pacienta