

## TEST İSTEM VE NUMUNE TESLİM FORMU

GÖNDEREN KURUM:..... Tarih:...../...../.....

NO	ADI SOYADI ve T.C. KİMLİK NUMARASI	DOĞUM TARİHİ	CİNSİYET	TEST ADI	KLİNİK BİLGİ	NUMUNE BİLGİLERİ		
						Nunume Tipi	Alım Tarihi	Alım Saati
1		...../...../.....	K: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/>					
2		...../...../.....	K: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/>					
3		...../...../.....	K: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/>					
4		...../...../.....	K: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/>					
5		...../...../.....	K: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/>					
TESLİM EDEN			KURYE			TESLİM ALAN		

**Kargo Adresi:** İstanbul Medipol Üniversitesi Genetik Hastalıklar Tanı  
Merkezi Kavacık Mah. Ekinciler cad. No:19 Beykoz/İstanbul

TEL: 0216 681 15 15  
genetik@medipol.edu.tr