

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
Değerlendirme Merkezi Kavacık Mah. Ekinçiler cad. No:19 Beykoz/İstanbul

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