



ЛІКУВАЛЬНО- ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР медичної академії

НАПРАВЛЕННЯ на лабораторні дослідження

П.І.Б. _____

Вік _____

Стать: Ч Ж (непотрібне
закреслити)

Вид обстеження: _____

П.І.Б. лікаря: _____

E-mail _____

Дата _____ Підпис лікаря _____