



SKIEROWANIE NA BADANIE OZNACZANIA ANTYGENU KORONAWIRUSA SARS-COV-2

Szpital Powiatowy im. Dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem
ul. Kamieniec 10 34-500 Zakopane

..... **K M**
imię i nazwisko pacjenta

.....
data urodzenia *PESEL*

.....
adres

.....
telefon

.....
adres mailowy

.....
dane osoby pobierającej badanie

.....
data i godzina pobrania materiału

.....
data i godzina przyjęcia materiału do badań