



Nr umowy z
SZPITAL WOLSKI im. Dr Anny Gostyńskiej
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
01-211 Warszawa, ul. Kasprzaka 17
Kod identyfikacyjny: 000000007137, nr KRS: 0001009228
NIP: 5273034710, REGON: 011035381
tel. centrala: 22 38-94-700, fax: 22 632-38-93
Zakład Leczniczy :
REGON Zakładu Leczniczego:
Jednostka organizacyjna:, część V kodu:,
Komórka Organizacyjna: Część VII kodu: Część VIII kodu:
Tel: : fax:

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE

Nazwisko i imię pacjenta

A. DANE OSOBOWE

Wiek:

Płeć:

PESEL:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

B. DANE ZLECENIA

Data zlecenia:
Planowana data wykonania:
Tryb:
Zlecający:
NPWZ:

Tu naklej kod

PESEL: KOD KRESKOWY

C. NAZWA BADANIA

....., materiału: ☐ krew ☐ moc ☐ inny

Uwagi dotyczące stanu klinicznego pacjenta (np. stosowana antybiotykoterapia):
.....
.....
.....
.....

Pieczętka i podpis lekarza

	Pobranie	Przyjęcie
Data		
Godzina		
Nazwisko		



Nr umowy z NFZ07R-1-00028-03-01
SZPITAL WOLSKI im. Dr Anny Gostyńskiej
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
01-211 Warszawa, ul. Kasprzaka 17
Kod identyfikacyjny: 000000007137, nr KRS: 0001009228
NIP: 5273034710, REGON: 011035381
tel. centrala: 22 38-94-700, fax: 22 632-38-93
Przedsiębiorstwo:
REGON Przedsiębiorstwa:
Jednostka organizacyjna:, część V kodu:,
Komórka Organizacyjna: Część VII kodu: Część VIII kodu:
Tel: : fax:

SKIEROWANIE NA BADANIE LABORATORYJNE (badanie kliniczne/inne objęte podatkiem VAT)

Nazwisko i imię pacjenta

A. DANE OSOBOWE

Wiek:

Płeć:

PESEL:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

B. DANE ZLECENIA

Zlecenia:
Planowana data wykonania:
Tryb:
Zlecający:
NPWZ:

Tu naklej kod

PESEL: KOD KRESKOWY

C. NAZWA BADANIA

Rodzaj materiału: ☐ krew ☐ moc ☐ inny

Uwagi dotyczące stanu klinicznego pacjenta:

Pieczętka i podpis lekarza

	Pobranie	Przyjęcie
Data		
Godzina		
Nazwisko		

Dodatkowe informacje/oznaczenia dotyczące podstawy wystawienia skierowania (np. oznaczenie umowy na badania kliniczne, oznaczenie rodzaju umowy).....