



МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНАТА ЛАБОРАТОРИЯ

Телефон:+359 36 1 68 438

ИСКАНЕ ЗА ИМУНОХИСТОХИМИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

пациент.....
име презиме фамилия
ЕГН..... GSM/e-mail.....
адрес.....,
професия/вредности.....

вид на изследвания материал : биопсия формалин
биопсия замразени тъкани
клетки от лаваж/натривки

дата/час на вземане/ име

повод на изследването:.....
.....

насочен от :.....
лекар / леч.заведение

дата.....

име/подпис.....

