ВЦ ТОВ «Експертний центр діагностики та лабораторного супроводу «Біолайтс»
Вул.Ялтинська, буд.5-б, м.Київ,02099
Місце проведення випробувань: Тернопіль , вул. Поільська,46
Відділ прийому зразків: +380960548657, zrazky@bls.com.ua.www.biolights.ua

Запит на проведення досліджень №_____
«_____» _____ 20_23____ р.

Загальні відомості про замовника:

Заклад/установа_____ _____ Контактна особа	Приватна особа (П.І.Б.)_____ _____
Адреса	Адреса
Телефон	Телефон
E-mail	E-mail

Дата і час відбору зразка_____

Мета дослідження_____

Діагноз (попередній, клінічний)_____

Досліджуваний матеріал_____
_____
_____

Вид дослідження _____
_____
_____

Пацієнт отримував антибіотики під час взяття зразка для посіву? Так ○ Ні ⊙

Якщо так, вкажіть дані щодо антибіотика (діюча речовина), який отримує пацієнт _____
_____

Зразки відібрані : ● самостійно замовником
○ фахівцем медичного закладу/установи

Надіслати результати досліджень: ☐ Особисто ☐ Поштою ☐ На e-mail

Замовник попереджений про наступне:

- зразки після досліджень підлягають утилізації, мінімальну кількість зразків для дослідження вказано на сайті biolights.ua;
- «Біолайтс» гарантує конфіденційність відомостей одержаних від Замовника та результатів досліджень;
- «Біолайтс» не несе відповідальності за неналежний відбір зразків здійснений замовником;
- інтерпретація результатів здійснюється тільки лікуючим лікарем.

_____ _____ _____
Підпис *І.П.* *Дата*

*Дата та час доставки в лабораторію*_____

ПІБ особи, яка прийняла матеріал, дата _____