Część I dla jednostki zewnętrznej

**Jednostka zlecająca Jednostka wykonująca**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |



**ZLECENIE NA POBÓR KRWI OBWODOWEJ MATKI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** | | **PESEL** | |
|  |  | |  | |
| **Podpis, pieczątka osoby zlecającej**  **Data wystawienia zlecenia**  ………………………………….................... | | **Podpis osoby przyjmującej**  **Data przyjęcia zlecenia**  …….………............................................ | |
|  | |  | |

**Copyright © 2014-2015, RCNT Wszelkie Prawa Zastrzeżone SOP/IN-PT-02-15 ver.1.00 Strona 1z1 2015-06-23**

**2T-01 Zlecenie na pobór krwi obwodowej matki**

Część II dla RCNT

**Jednostka zlecająca Jednostka wykonująca**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |



**ZLECENIE NA POBÓR KRWI OBWODOWEJ MATKI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer zestawu KIT** | **Numer oświadczenia** | **Imię** | **Nazwisko** | **PESEL** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis, pieczątka osoby zlecającej**  **Data wystawienia zlecenia**  ………………………………….................... | **Podpis osoby przyjmującej**  **Data przyjęcia zlecenia**  …….………............................................ |
|  |  |