



<p>Zakład Genetyki Medycznej <b>Pracownia Genetyki Molekularnej</b> tel. (22) 815 72 64, 815 12 70 fax. (22) 815 74 57 www.czd.pl; e-mail: <a href="mailto:genetyka@czd.pl">genetyka@czd.pl</a> <b>Regon: 000557961; NIP: 952 11 43 675</b> 000000018625-44-444-7100</p>	Data złożenia wniosku:	/	/	r.
	Data przyjęcia wniosku:	/	/	r.

### WNIOSEK O WYDANIE MATERIAŁU GENETYCZNEGO Z BANKU PRACOWNI GENETYKI MOLEKULARNEJ ZGM IPCZD

L.p.	Nazwisko i Imię pacjenta	Data urodzenia	Osoba zlecająca	Miejsce wysyłki	Cel wysyłki	Numer próbki (wypełnia PGM)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

<b>Data przygotowania i podpis osoby wydającej materiał:</b>	<b>Data i podpis osoby odbierającej materiał:</b>