**Płatnik:**

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

Sp. z o. o. z siedzibą w Kup

Ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

NIP: 991-04-98-289

**SKIEROWANIE**

na badania laboratoryjne

Imię i Nazwisko:

……………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………

**BADANIA:** Gazometria

……………………………………………………………………

*(data i podpis kierującego na badania)*

**Płatnik:**

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

Sp. z o. o. z siedzibą w Kup

Ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

NIP: 991-04-98-289

**SKIEROWANIE**

na badania laboratoryjne

Imię i Nazwisko:

……………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………

**BADANIA:** Gazometria

……………………………………………………………………

*(data i podpis kierującego na badania)*

**Płatnik:**

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE

Sp. z o. o. z siedzibą w Kup

Ul. Karola Miarki 14, 46-082 Kup

NIP: 991-04-98-289

**SKIEROWANIE**

na badania laboratoryjne

Imię i Nazwisko:

……………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………

**BADANIA:** Gazometria

……………………………………………………………………

*(data i podpis kierującego na badania)*