

Číslo pojištěnce: Příjmení: Jméno: Datum narození: . . Výška: cmPohlaví: Muž Žena Váha: kgHlavní DG: Pomocná DG: Pojišťovna: Datum a čas odběru: . .20 :Jak vyplňovat: **Správně** **Chybně** IČP, odbornost Razítko a podpis lékaře Adresa na pacienta: Tel. na pacienta: Primární vzorek: krev**Odběrový materiál viz barevnost na žádance:** zlatý uzávěr (srážlivá krev)**OBJEDNÁVKA LABORATORNÍCH VYŠETŘENÍ
OZP – PROGRAM STOP
RAKOVINĚ PROSTATY**

Určeno pro muže od 40 let do dovršení 50 let.

 PSAPodmínky pro účast na projektu: **odbornost 706**,
která disponuje ultrazvukem a uzavřenou smlouvou
o účasti na programu STOP RAKOVINĚ PROSTATY.**synlab czech s.r.o.**
Sokolovská 100/94
186 00 Praha 8
IČ 496 88 804
call centrum: **800 800 234**