# Tabela przekazania szczepu/ów* do identyfikacji

1. Zleceniodawca – klient (nazwa, adres zakładu/osoba fizyczna – nazwisko, imię, adres):……..
……
……
**.....**
**.....**……
tel. kontaktowy….....

2. Data wysłania szczepu/ów* do badania:……

3. Data przyjęcia szczepu/ów* do badania…….
(wypełnia pracownik WSSE w Olsztynie LBEK)

| Nr oryginalny szczepu<br>(Wypełnia Zleceniodawca) | Kierunek identyfikacji<br>(Wypełnia Zleceniodawca) | Kod próbki<br>(Wypełnia pracownik WSSE w Olsztynie LBEK) |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*niepotrzebne skreślić
WSSE w Olsztynie LBEK - Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Olsztynie Laboratorium Badań Epidemiologiczno-Klinicznych

……
Imię i nazwisko wysyłającego szczepy

Niniejszy dokument jest własnością WSSE w Olsztynie Laboratorium Badań Epidemiologiczno-Klinicznych.
Powielanie bez zgody właściciela jest zabronione.